



**University of  
Zurich<sup>UZH</sup>**

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **FFSS – Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome**

Nater, U M ; Fischer, S ; Latanzio, S ; Ruoss, D ; Gaab, J

Abstract: Einsatzgebiet des Fragebogens zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome Der Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome (FFSS) dient der psychometrischen Erfassung somatischer Beschwerden und der Erfassung sowie Diagnostik assoziierter Störungskategorien (somatoforme Störungen, funktionelle somatische Syndrome).

DOI: <https://doi.org/10.1159/000333298>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-58790>

Journal Article

Supplemental Material

Originally published at:

Nater, U M; Fischer, S; Latanzio, S; Ruoss, D; Gaab, J (2011). FFSS – Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome. *Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin*, 21(4):263-265.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000333298>

# Verhaltenstherapie

Praxis | Forschung | Perspektiven

---

Skala/Testverfahren/Fragebogen:

Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome

---

Korrespondenzadresse Autor/in:

Philipps-Universität Marburg  
Fachbereich Psychologie  
Lichtenbergprofessur für Klinische Biopsychologie  
Prof. Dr. Urs M. Nater  
Gutenbergstrasse 18  
D-35032 Marburg  
Telefon: (+49) (0)6421-28-23943  
nater@uni-marburg.de

---

Copyright:

Prof. Dr. Urs M. Nater

---

Verfügbar unter:

[www.karger.com/ver\\_skalen](http://www.karger.com/ver_skalen)

---

Nähere Informationen / Literaturangaben:

Verhaltenstherapie 2011;21:263-265

---

Letzte Aktualisierung:

05.12.2011

**Name:**

**1. Tension-type Headache**

**Geburtsdatum:**

**Patient**

## **Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome**

Prof. Dr. Urs M. Nater, lic. phil. Susanne Fischer, lic. phil. Saskia Bunschoten, lic. phil. Dominique Ruoss & PD Dr. phil. Jens Gaab

Der Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome (FFSS) besteht aus zwei Teilen, welche je nach Bedarf kombiniert werden können. Der Screening-Fragebogen dient der Vergabe von Verdachtsdiagnosen zu folgenden funktionellen somatischen Syndromen: Tension-type Headache (TTH), Globus, Wipflash-associated Disorders (WAD), Temporomandibular Disorders (TMD), Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP), Chronic Low Back Pain (CLBP), Fibromyalgia (FM), Chronic Fatigue Syndrome (CFS), Multiple Chemical Sensitivity (MCS), Irritable Bowel Syndrome (IBS), Functional Dyspepsia (FD), Chronic Abacterial Prostatitis (CAP), Chronic Pelvic Pain (CPP), Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), Functional Chest Pain (of Presumed Esophageal Origin; FCP) und Hyperventilation Syndrome (HVS). Zusätzlich können der Somatic Symptom Index (SSI) und die Polysymptomatic Somatoform Disorder (PSD) bestimmt, sowie Verdachtsdiagnosen für somatoforme Störungen nach den ICD-10 und DSM-IV Kriterien vergeben werden.

Der diagnostische Appendix erlaubt die gezielte Überprüfung der gestellten Verdachtsdiagnosen anhand der entsprechenden diagnostischen Kriterien. Der Appendix beinhaltet jeweils einen Patientenfragebogen und einen Diagnostikerbogen zu jedem funktionellen somatischen Syndrom, in welchem auch medizinische Untersuchungen und differentialdiagnostische Hinweise beschrieben werden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an folgende Kontaktadresse:

Philipps-Universität Marburg  
Fachbereich Psychologie  
Lichtenbergprofessur für Klinische Biopsychologie  
Prof. Dr. Urs M. Nater  
Gutenbergstrasse 18  
D-35032 Marburg  
Telefon: (+49) (0)6421-28-23943  
nater@uni-marburg.de

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Tension-type Headache

Patient

## Screening-Fragebogen zur Erfassung funktioneller somatischer Syndrome

### Persönliche Angaben

Name	Geschlecht
Vorname	Schulabschluss
Geburtsdatum	Beruf
Alter	Grösse
Familienstand	Gewicht

### Fragebogen

Dieser Fragebogen erfasst allfällige körperlichen Beschwerden. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst sorgfältig und wahrheitsgemäss. Entscheiden Sie dabei, ob die beschriebenen Beschwerden nie/selten (⓪), häufig (①) oder fast immer/immer (②) vorhanden sind.

Dieser Fragebogen enthält persönliche Daten. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

A	Ich leide unter folgenden Schmerzen	Nie Selten	Häufig	Fast immer Immer
1	Kopfschmerzen	⓪	①	②
2	Nackenschmerzen	⓪	①	②
3	Gesichtsschmerzen	⓪	①	②
4	Schmerzen im oder um den Mund	⓪	①	②
5	Schmerzen im Kiefer	⓪	①	②
6	Halsschmerzen, Schmerzen in der Kehle	⓪	①	②
7	Schmerzen in der Brust	⓪	①	②
8	Schmerzen im Rücken	⓪	①	②
9	speziell im oberen Teil des Rückens	⓪	①	②
10	speziell im unteren Teil des Rückens	⓪	①	②
11	Schmerzen im Bauch	⓪	①	②
12	speziell im oberen Teil des Bauches	⓪	①	②
13	Speziell im unteren Teil des Bauches	⓪	①	②
14	Schmerzen in den Genitalien	⓪	①	②
15	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	⓪	①	②
(16)	W: Schmerzen in den Brüsten	⓪	①	②
17	Schmerzen in mehreren Lymphknoten	⓪	①	②
18	Schmerzen in mehreren Gelenken	⓪	①	②
19	Schmerzen in mehreren Muskeln	⓪	①	②
20	Schmerzen in der linken Körperhälfte	⓪	①	②
21	Schmerzen in der rechten Körperhälfte	⓪	①	②
22	Schmerzen oberhalb der Taille	⓪	①	②
23	Schmerzen unterhalb der Taille	⓪	①	②

B	Ich leide an Beschwerden oder Unbehagen beim Schlucken, Essen, der Verdauung oder Ausscheidung	Nie Selten	Häufig	Fast immer Immer
24	Beim Schlucken/Essen	⓪	①	②

Name: \_\_\_\_\_

**1. Tension-type Headache**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_

25	Gefühl von einem Kloss in der Kehle	①	①	②
26	Beschwerden beim leeren Schlucken	①	①	②
27	Beschwerden beim Schlucken von Nahrung	①	①	②
28	Beim Verdauen	①	①	②
29	Blähungen	①	①	②
30	Übelkeit	①	①	②
31	Erbrechen	①	①	②
32	Bei der Ausscheidung	①	①	②
33	Im Darm oder beim Stuhlgang	①	①	②
34	In der Blase oder beim Wasserlassen	①	①	②

<b>C Ich habe Probleme mit Erholung und Schlaf</b>		Nie Selten	Häufig	Fast immer Immer
35	Ich leide unter Schlaflosigkeit (Insomnie)	①	①	②
36	Ich habe ein gesteigertes Schlafbedürfnis (Hypersomnie)	①	①	②
37	Ich werde auch bei kleinen Anstrengungen schnell müde	①	①	②
38	Ich bin ständig müde und erschöpft	①	①	②

<b>D Ich habe Probleme mit dem Bewusstsein, der Wahrnehmung, dem Herzen oder der Atmung</b>		Nie Selten	Häufig	Fast immer Immer
39	Gedächtnis	①	①	②
40	Konzentration	①	①	②
41	Gleichgewicht	①	①	②
42	Schwindel	①	①	②
43	Taubheit oder Prickeln in Armen und/oder Beinen	①	①	②
44	Augen	①	①	②
45	Visuelle Störungen	①	①	②
46	Lichtempfindlichkeit	①	①	②
47	Ohren	①	①	②
48	Auditive Störungen	①	①	②
49	Geräuschempfindlichkeit	①	①	②
50	Tastsinn oder Gefühlssinn	①	①	②
51	Herz	①	①	②
52	Atmung	①	①	②

<b>E Die Beschwerden verschlimmern sich...</b>		Nein	Ja
53	Wenn ich auf die betroffene Stelle drücke (Druckempfindlichkeit)	①	①
54	Wenn ich den betroffenen Körperteil bewege	①	①
55	Wenn ich mich körperlich betätige (z. B. Spazierengehen)	①	①
56	Wenn ich chemischen Substanzen ausgesetzt bin (z.B. Lösungsmittel, Farbe, Benzin, Putzmittel, Kosmetika, Genussmittel oder Nahrungsmittel)	①	①
(57)	W: In der Woche vor der Menstruation und bessern sich nach Einsetzen der Menstruation wieder	①	①

Name:

1. Tension-type Headache

Geburtsdatum:

Patient

F Ich bin durch meine Beschwerden eingeschränkt in...		Nein	Ja
58	Im Verrichten meines Alltags	①	①
59	In der Bewegung	①	①
60	In der Bewegung des Kiefers	①	①
61	Geräusche beim Bewegen des Kiefers	①	①
62	In meiner beruflichen Tätigkeit/im Studium	①	①
63	Im Kontakt mit meinem sozialen Umfeld	①	①

G Die Ursache für die Beschwerden ist meiner Meinung nach...		Nein	Ja
64	Ein Unfall	①	①
65	Eine Infektion	①	①
66	Vererbung	①	①
67	Stress/psychische Belastung	①	①
68	Eine psychische Störung	①	①
69	Andere Ursache:	①	①
70	Unklar/ich weiss es nicht	①	①

H Ich leide unter diesen Beschwerden seit...		
71	Einigen Tagen oder Wochen	①
71	Einem Monat und länger	①
71	3 Monaten und länger	②
71	6 Monaten und länger	③
71	Seit einem Jahr und länger	④
71	Seit mehreren Jahren	⑤
71	Lebenslang	⑥

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**1. Tension-type Headache**  
**Patient**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 1. Tension-type Headache

Patient

### Fragebogen

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Kopfschmerzen** genauer erfassen.

Treten bei Ihnen Kopfschmerzen auf, die man wie folgt beschreiben kann?

- Die Kopfschmerzen treten typischerweise beidseitig auf
- Die Kopfschmerzen haben einen drückenden oder ziehenden Charakter
- Die Kopfschmerzen sind von leichter bis mittelmässig schwerer Intensität
- Übliche körperliche Tätigkeit (z.B. Gehen oder Treppensteigen) verstärkt die Schmerzen nicht

Nein Ja  
☐ ☐

Falls bei Ihnen derartige oder ähnliche Kopfschmerzen auftreten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Treten derartige Kopfschmerzen bei Ihnen nicht auf, ist die Befragung abgeschlossen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich 30 Minuten bis maximal 7 Tage an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Dauern diese Kopfschmerzen gewöhnlich Stunden an oder sind sogar permanent vorhanden, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Können diese Kopfschmerzen einen drückenden bis ziehenden (nicht pulsierenden) Charakter haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sind diese Kopfschmerzen von leichter bis mittelmässig schwerer Intensität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Können diese Kopfschmerzen bei Ihnen beidseitig auftreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Werden diese Kopfschmerzen durch körperliche Aktivitäten wie Gehen oder Treppensteigen nicht verstärkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Können diese Kopfschmerzen von Übelkeit begleitet sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Können diese Kopfschmerzen von Erbrechen begleitet sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Können diese Kopfschmerzen von Lichtempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Können diese Kopfschmerzen von Lärmempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Wie viele Kopfschmerzanfälle, die der angegebenen Beschreibung gleichen, sind bei Ihnen insgesamt bereits aufgetreten? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:	_____	Anfälle
12	An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an solchen Kopfschmerzanfällen? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:	_____	Tage
13	Wie lange leiden Sie bereits an solchen Kopfschmerzen? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:	_____	Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.



**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 1. Tension-type Headache

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach dem Headache Classification Committee der International Headache Society (2004)

#### Einschlusskriterien

##### Auswertung des Patienten-Fragebogens: Frequent Episodic Tension-type Headache

Quelle der Beantwortung	Kriterien	Erfüllt	
Frage 1	Ja	<input type="radio"/>	Es müssen alle Kriterien erfüllt sein.
Fragen 3, 4, 5, 6	Mindestens 2 ja	<input type="radio"/>	
Fragen 7, 8	Beide nein	<input type="radio"/>	
Fragen 9, 10	Mindestens 1 nein	<input type="radio"/>	
Fragen 11, 12	Mindestens 10 Kopfschmerzanfälle insgesamt und weniger als 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="radio"/>	
Frage 13	Seit mindestens 3 Monaten	<input type="radio"/>	

##### Auswertung des Patienten-Fragebogens: Chronic Tension-type Headache

Quelle der Beantwortung	Kriterien	Erfüllt	
Frage 2	Ja	<input type="radio"/>	Es müssen alle Kriterien erfüllt sein.
Fragen 3, 4, 5, 6	Mindestens 2 ja	<input type="radio"/>	
Frage 8	Nein	<input type="radio"/>	
Fragen 7, 9, 10	Mindestens 2 nein	<input type="radio"/>	
Frage 12	Mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat	<input type="radio"/>	
Frage 13	Seit mehr als 3 Monaten	<input type="radio"/>	

#### Ausschlusskriterien

Nach der Klassifikation der International Headache Society (IHS) müssen folgende Störungen ausgeschlossen werden können:

Kopfschmerz im Zusammenhang mit Kopftraumata (IHS, Kapitel 5)

Kopfschmerz im Zusammenhang mit vaskulären Krankheiten (IHS, Kapitel 6)

Kopfschmerz im Zusammenhang mit non-vaskulären intrakranialen Krankheiten (IHS, Kapitel 7)

Kopfschmerz im Zusammenhang mit Substanzen oder deren Entzug (IHS, Kapitel 8)

Kopfschmerz im Zusammenhang mit Infektionen (IHS, Kapitel 9)

Kopfschmerz im Zusammenhang mit Störungen der Homöostase (IHS, Kapitel 10)

Kopf- oder Gesichtsschmerz im Zusammenhang mit Störungen des Schädels, Nackens, der Ohren, Augen, Nase, Sinus, Zähne, des Mundes oder anderen Strukturen des Gesichtes oder des Schädels (IHS, Kapitel 11)

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**2. Globus  
Patient**

## Fragebogen

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden im Kehlbereich** genauer erfassen. Litten Sie während der letzten 3 Monate an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden?

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Ein dauerhaftes oder zeitweiliges Gefühl, dass etwas in der Kehle feststeckt (auch zwischen den Mahlzeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Schmerzen im Bereich der Kehle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Schwierigkeiten beim Schlucken von Nahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Das Gefühl einer verschlossenen Kehle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Eine Schwellung in der Kehle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Nahrungsmittel bleiben beim Schlucken stecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Vor wie langer Zeit traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**2. Globus**  
**Diagnostiker**

## Diagnostikerbogen

Nach Deary et al. (1995) und Galmiche et al. (2006)

### Einschlusskriterien

#### Auswertung des Patienten-Fragebogens: Globus und Functional Dysphagia

Syndrom oder Störung	Quelle der Beantwortung	Kriterien	Erfüllt
Globus	Frage 1	Ja	<input type="radio"/>
	Fragen 2, 3, 4, 5, 6	Alle nein	<input type="radio"/>
	Frage 7	Mindestens 6 Monate	<input type="radio"/>
Functional Dysphagia	Fragen 3, 6	Beide ja	<input type="radio"/>
	Fragen 2, 4, 5	Alle nein	<input type="radio"/>
	Frage 7	Mindestens 6 Monate	<input type="radio"/>

Hinweise auf entzündliche Prozesse sollten differentialdiagnostisch überprüft werden.

### Ausschlusskriterien

Organische Veränderungen  
Odynophagie  
Karzinomerkrankungen

### Allgemeine Hinweise

Bei einer starken Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme sowie bei Schmerzen ist eine genaue HNO-Untersuchung zu empfehlen.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### 3. Whiplash-associated Disorders

**Patient**

#### Fragebogen

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden, die auf einen Unfall zurückgehen**, genauer erfassen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Gehen Ihre Beschwerden auf einen Unfall zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Schlug Ihr Kopf dabei nach vorne und/oder nach hinten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Schlugen Sie dabei mit Ihrem Kopf irgendwo auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Haben Sie nach dem Unfall kurzzeitig das Bewusstsein verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Hatten Sie nach dem Unfall Gedächtnisprobleme (Amnesie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ ____ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### 3. Whiplash-associated Disorders

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach Di Stefano (1999), Eck et al. (2001) und Spitzer et al. (1995)

#### Einschlusskriterien

##### Auswertung des Patienten-Fragebogens: Whiplash-associated Disorders

Quelle der Beantwortung	Kriterien	Erfüllt
Fragen 1, 2	Beide ja	<input type="radio"/>
Frage 6	Seit mindestens 6 Monaten	<input type="radio"/>

Falls 3 mit ja beantwortet wurde, und 4 oder 5 ebenfalls, muss die Diagnose verworfen werden.

#### Ausschlusskriterien

Chronischer Kopfschmerz  
Chronisches Zervikalsyndrom  
Depressionen  
Schädel-Hirn-Traumen (Fragen 3, 4, 5)

#### Allgemeine Hinweise

Die Stärke der somatischen Schädigung kann zusätzlich durch die Klassifikation nach Spitzer et al. (1995) festgelegt werden.

##### Klassifikation nach (Spitzer et al., 1995)

Stufe	Beschreibung
0	Keine Nackenbeschwerden und keine somatischen Symptome
I	Nackenbeschwerden (Schmerzen, Steifheit, Druckempfindlichkeit) ohne somatische Symptome
II	Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Symptome (eingeschränkte Beweglichkeit, punktuelle Druckempfindlichkeit)
III	Nackenbeschwerden mit neurologischen Symptomen (verminderte oder fehlende Sehnenreflexe, Muskelschwäche oder sensorische Defizite)
IV	Nackenbeschwerden mit Frakturen oder Dislokationen

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**4. Temporomandibular Disorders**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden im Kieferbereich** genauer erfassen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Hatten Sie während des vergangenen Monats Schmerzen im Bereich des Kiefers, des Gesichtes, der Schläfen, vor den oder innerhalb der Ohren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben Sie Schmerzen, wenn Sie auf bestimmte Muskeln oder Gelenke im Bereich des Kiefers Druck ausüben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Haben Sie Schmerzen beim Öffnen des Mundes oder bei einer seitlichen Bewegung des Kiefers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	War Ihr Kiefer einmal verklemmt oder hatten Sie einmal eine Kiefersperre, so dass Sie den Mund nicht frei öffnen konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wenn ja, war diese Kiefersperre so gravierend, dass Sie dadurch bei der Nahrungsaufnahme behindert waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Treten bei Ihnen durch die Kieferbewegung verursachte Geräusche (z.B. Knacken oder Knirschen) auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

Name:

#### 4. Temporomandibular Disorders

Geburtsdatum:

Diagnostiker

1

### Diagnostikerbogen

Nach Dworkin & LeResche (1992)

### Einschlusskriterien

Auswertung nach den Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). Die für die Auswertung relevanten Antworten des Patientenbogens sind im Text **fett** gekennzeichnet.

#### Gruppe I: Schmerzhaftes Beschwerden im Bereich der Kiefermuskulatur

Signatur	Beschreibung
I a	Myofaszialer Schmerz: Muskelschmerzen, die Leiden hervorrufen, wie auch Schmerzen, die mit der Palpation bestimmter lokalisierter Stellen assoziiert sind.
1	Vorhandensein von Schmerzen in Kiefer, Schläfen, Gesicht, vor oder im Ohr, bei Ruhe oder Bewegung; <b>PLUS</b> (Frage 1 des Patienten-Fragebogens)
2	Schmerzen nach Palpation von mindestens 3 der folgenden 20 Muskeltaststellen (rechte und linke Seite zählen jeweils als separate Taststellen für jeden Muskel): Musculus temporalis, posteriore Region Musculus temporalis, mittlere Region Musculus temporalis, anteriore Region Musculus masseter, Ursprung Musculus masseter, Muskelbauch Musculus masseter, Ansatz Regio postmandibularis Regio submandibularis Region des Musculus pterygoideus lateralis Sehne des Musculus lateralis (Frage 2 des Patienten-Fragebogens)
I b	Myofaszialer Schmerz mit eingeschränkter Öffnung: Eingeschränkte Bewegung oder Steifheit der Muskeln bei Dehnung bei gleichzeitigem Vorhandensein myofaszialer Schmerzen.
1	Myofaszialer Schmerz wie definiert in Ia; <b>PLUS</b>
2	Schmerzfreie aktive (unassistierte) Kieferöffnung von weniger als 40 mm; <b>PLUS</b>
3	Maximale passive (assistierte) Öffnung mindestens 5 mm grösser als schmerzfreie aktive (unassistierte) Öffnung (Fragen 4 und 5 des Patienten-Fragebogens)

#### Gruppe II: Verlagerungen des Discus articularis

Signatur	Beschreibung
II a	Diskusverlagerung mit Repositionierung bei Kieferöffnung: Der Discus ist aus der normalen Position zwischen dem Condylus und der Eminentia in eine anteriore und mediale oder laterale Position verschoben, richtet sich aber bei vollständigem Mundöffnen wieder ein, was gewöhnlich von einem Geräusch begleitet wird. Wenn gleichzeitig zu dieser Diagnose Schmerzen im Gelenk vorhanden sind, muss zusätzlich die Diagnose der Arthralgie (IIIa) oder der Osteoarthritis (IIIb) vergeben werden.
1	Entweder: a Beidseitiges Klickgeräusch im temporomandibularen Gelenk (Klicken beim vertikalen Öffnen und Schliessen, welches beim Öffnen bei einer um mindestens 5 mm grösseren interinzisalen Distanz auftritt als beim Schliessen und eliminiert wird bei protrusivem Öffnen), reproduzierbar in zwei von drei aufeinanderfolgenden Durchgängen; <b>ODER</b> b Klicken im temporomandibularen Gelenk bei vertikaler Bewegung (entweder beim Öffnen oder beim Schliessen), reproduzierbar in zwei von drei aufeinanderfolgenden Durchgängen, <b>und</b> Klicken während lateraler Auslenkung oder Protrusion, reproduzierbar in zwei von drei aufeinanderfolgenden Durchgängen. (Frage 6 des Patienten-Fragebogens)
II b	Diskusverlagerung ohne Repositionierung bei Kieferöffnung, mit eingeschränkter Kieferöffnung: Der Discus ist aus der normalen Position zwischen dem Condylus und der Fossa in eine anteriore und mediale oder laterale Position verschoben, was mit einer limitierten Kieferöffnung assoziiert ist.

Name:

#### 4. Temporomandibular Disorders

Geburtsdatum:

Diagnostiker

2

		1	Anamnese einer signifikanten Limitation im Öffnen; <i>PLUS</i>
		2	Maximales aktives (unassistiertes) Öffnen von $\leq 35$ mm; <i>PLUS</i>
		3	Passives (assistiertes) Dehnen erweitert das Öffnen um 4mm oder weniger als das maximale aktive (unassistierte) Öffnen; <i>PLUS</i> (Fragen 4 und 5 des Patienten-Fragebogens)
		4	Kontralaterale Auslenkung von weniger als 7 mm und/oder unkorrigierte Abweichung auf die ipsilaterale Seite beim Öffnen; <i>PLUS</i>
		5	Entweder: (a) Abwesenheit von Gelenkgeräuschen oder (b) Vorhandensein von Gelenkgeräuschen, welche die Kriterien für die Diskusverlagerung mit Repositionierung nicht erfüllen (siehe IIa).
II	c		Diskusverlagerung ohne Repositionierung bei Kieferöffnung, ohne eingeschränkte Kieferöffnung: Der Discus ist aus der normalen Position zwischen dem Condylus und der Eminentia in eine anteriore und mediale oder laterale Position verschoben, was nicht mit einem limitierten Öffnen assoziiert ist.
		1	Anamnese einer signifikanten Limitation der Kieferöffnung; <i>PLUS</i>
		2	Maximales aktives (unassistiertes) Öffnen von mehr als 35 mm; <i>PLUS</i>
		3	Passives (assistiertes) Dehnen erweitert das Öffnen um 5mm oder mehr als das maximale aktive (unassistierte) Öffnen; <i>PLUS</i> (Frage 4 des Patienten-Fragebogens)
		4	Kontralaterale Auslenkung von $\geq 7$ mm; <i>PLUS</i>
		5	Vorhandensein von Gelenkgeräuschen, welche die Kriterien für die Diskusverlagerung mit Repositionierung (siehe IIa) nicht erfüllen.
		6	(Falls bildgebende Verfahren bei der Untersuchung eingesetzt werden, sollten die folgenden Kriterien erfüllt werden. Der Diagnostiker sollte vermerken, ob die Diagnose auf Grund von bildgebenden Verfahren oder nur auf Grund von Anamnese und klinischer Untersuchung gestellt wurde.) Bildgebende Verfahren, die sich der Arthrographie oder der MRT bedienen, können Diskusverlagerungen ohne Repositionierung erkennen.
		a	Arthrographie: (1) In der intercuspalen occlusalen Position erscheinen die anterioren Anteile (compartments) grösser und mit mehr Kontrastmittel angefüllt zu sein als in einem normalen Gelenk; (2) beim Öffnen verbleibt das Kontrastmittel im anterioren Bereich.
		b	MRT: (1) In der intercuspalen occlusalen Position ist das posteriore Diskusband eindeutig anterior zur 12:00 Position lokalisiert, mindestens in der 11:30 Position; (2) bei gänzlich geöffnetem Mund verbleibt das posteriore Band deutlich anterior zur 12:00 Position.

#### Gruppe III: Schmerzhaftes Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke

Signatur	Beschreibung
III a	Arthralgie: Schmerzen oder Empfindlichkeit betreffend die Gelenkkapsel und/oder die synoviale Auskleidung des temporomandibularen Gelenks.
	1 Schmerzen an einer oder beiden Gelenkseiten bei Palpation (lateral und/oder posterior); <i>PLUS</i> (Frage 2 des Patienten-Fragebogens)
	2 Eine oder mehrere der folgenden Patientenangaben zu Schmerzen: Schmerzen im Bereich des Gelenkes, Gelenkschmerzen bei maximaler aktiver (unassistierter) Öffnung, Gelenkschmerzen bei maximaler passiver (assistierter) Öffnung, Gelenkschmerzen bei Seitwärtsbewegungen. (Fragen 1 und 3 des Patienten-Fragebogens)
	3 Für die Diagnose einer einfachen Arthralgie dürfen keine Krepitationsgeräusche vorhanden sein.
III b	Osteoarthritis des Kiefergelenks: Entzündlicher Zustand des Gelenkes, der aus einem degenerativen Zustand der Gelenkstruktur entstanden ist.
	1 Arthralgie (siehe IIIa); <i>PLUS</i>
	2 Entweder a oder b (oder beide):
	a Krepitationsgeräusche des Gelenkes (Frage 6 des Patienten-Fragebogens)
	b Bildgebung: Kiefergelenktomogramme zeigen einen oder mehrere der folgenden Befunde: eine Beeinträchtigung der normalen kortikalen Abgrenzung, Sklerose des ganzen oder von Teilen des Condylus und der Eminentia, eine Verflachung der Gelenkoberfläche, Bildung von Osteophyten.
III c	Osteoarthrose des Kiefergelenks: Degenerative Erkrankung des Kiefers, bei welchen die Kieferstruktur und –form Anomalien aufweisen.
	1 Abwesenheit für Anzeichen einer Arthralgie, i.e. Abwesenheit von Schmerzen in der Region des Kiefers und Abwesenheit von Schmerz bei Palpation, während dem maximalen aktiven (unassistierten) Öffnen und während lateraler Auslenkung (siehe IIIa); <i>PLUS</i>
	2 Entweder a oder b (oder beide):
	a Krepitationsgeräusche des Gelenkes



Name:

## 4. Temporomandibular Disorders

Geburtsdatum:

Diagnostiker

3

(Frage 6 des Patienten-Fragebogens)

- b Bildgebung: Kiefergelenktomogramme zeigen einen oder mehrere der folgenden Befunde: eine Beeinträchtigung der normalen kortikalen Abgrenzung, Sklerose des ganzen oder von Teilen des Condylus und der Eminentia, eine Verflachung der Gelenkoberfläche, Bildung von Osteophyten.

### Ausschlusskriterien

Vor einer RDC/TMD-Diagnose müssen Muskelspasmen, Myositis, Muskelkontrakturen, Polyarthridien und akute traumatische Verletzungen als Ursachen für die Symptomatik ausgeschlossen werden können.

#### RDC/TMD – Appendix zu Achse I: Ausschlusskriterien

Kriterien	Beschreibung
Muskelspasmen, Myositis, Muskelkontrakturen	Da lediglich unpräzise diagnostischen Kriterien für Muskelspasmen, Myositis und Muskelkontrakturen existieren, werden folgende allgemeine Leitlinien vorgeschlagen: Muskelspasmen sind charakterisiert durch kontinuierlichen Muskelkontraktionen, Myositis ist charakterisiert durch eine generalisierte Empfindlichkeit bei einem spezifischen Muskel in Zusammenhang mit einem Trauma oder einer Infektion, Kontrakturen sind charakterisiert durch eine eingeschränkte Bewegungsfreiheit mit unnachgiebiger Festigkeit bei passivem Dehnen.
Polyarthridien und akute traumatische Verletzungen	Fälle mit einer Arthralgie des temporomandibularen Gelenkes und symptomatischer Beteiligung von anderen Gelenken im Körper ohne Evidenz für eine traumatische Verursachung sollten von einem Rheumatologen untersucht werden.

### Allgemeine Hinweise

#### RDC/TMD - Achse I: Hinweise zum klinischen Vorgehen

##### A Allgemeine Hinweise

Die zu untersuchende Person sitzt aufrecht in einem Stuhl

Abnehmbare Prothesen werden im Mund des Patienten belassen; Okklusionsschienen, herausnehmbare kieferorthopädische Geräte und ähnliche Apparaturen werden während der Untersuchung entfernt

Untersucher tragen während der gesamten Untersuchung Handschuhe

##### B Allgemeine Hinweise zur Bestimmung der Kieferöffnung

Kieferöffnung = Interinzisaldistanz + vertikaler Überbiss

Zur Bestimmung der Interinzisaldistanz wird das Ende des mm-Lineals auf die Inzisalkante des am meisten vertikal stehenden oberen mittleren Schneidezahns platziert. Das Lineal sollte genau an der Nullmillimeter-Markierung abgeschnitten sein. Die Verwendung biegsamer Lineale ist zu vermeiden

Liegt eine Messung zwischen zwei Millimeter Angaben, wird der geringere Wert notiert

Es werden drei Messungen ausgeführt: eine schmerzfreie aktive, eine maximale aktive, eine maximale passive Interinzisaldistanz

Bei der Messung der schmerzfreien aktiven Interinzisaldistanz öffnet der Patient den Kiefer so weit wie möglich, ohne Schmerzen zu verspüren. Der entsprechende Wert wird vom Lineal abgelesen. Diese Messung sollte auf jeden Fall wiederholt werden, wenn die Interinzisaldistanz < 30mm beträgt

Bei der Messung der maximalen passiven Interinzisaldistanz platziert der Untersucher nach maximaler aktiver Kieferöffnung seinen Daumen auf die Inzisalkanten der oberen, seinen Zeigefinger auf die der unteren Schneidezähne. Mit mässigem Druck versucht der Behandler nun, den Unterkiefer noch weiter aufzuspreizen. Wenn Schmerzen auftreten, wird dokumentiert, ob diese im rechten, im linken oder in beiden Kiefergelenken vorhanden sind

Die Bestimmung des vertikalen Überbisses erfolgt wiederum an dem am meisten vertikal stehenden oberen mittleren Schneidezahn. Der Patient schliesst seinen Unterkiefer (Zähne in habitueller Okklusion). Sofern kein offener Biss und kein Kopfbiss vorliegen, überragen die oberen Schneidezähne die unteren. Mit einem spitzen Bleistift wird auf Höhe der Inzisalkante des oberen mittleren Schneidezahns eine Markierung auf dem antagonistischen unteren Schneidezahn angebracht. Die Distanz zwischen der Inzisalkante des unteren Schneidezahns und der Markierung ergibt den Wert des vertikalen Überbisses

##### C Allgemeine Hinweise zur Bestimmung der Anwesenheit von Kiefergelenkgeräuschen

Die Bestimmung von Kiefergelenkgeräuschen erfolgt unter digitaler Kontrolle (Zeigefinger), während der Patient den Unterkiefer aus der habitueller Interkuspitation heraus drei Mal langsam öffnet und schliesst

Reibegeräusche sind, im Gegensatz zu Knackgeräuschen, durch ihr Vorhandensein während einer längeren Phase der Kieferöffnung oder des Kieferschlusses gekennzeichnet

##### D Allgemeine Hinweise zur Palpation von Kiefermuskeln und Kiefergelenken

Die Palpation erfolgt entweder mit den Fingerspitzen des Zeige- und Mittelfingers oder mit der distalen Phalanx des Zeigefingers. Der beim Palpieren ausgeübte Druck sollte für extraorale Muskeltaststellen rund 10 N (2lbs), für intraorale Bereiche und Kiefergelenke rund 5 N (1lbs) betragen (1 lb=0,454kg)

Name:

#### 4. Temporomandibular Disorders

Geburtsdatum:

Diagnostiker

4

Die Palpation erfolgt für jede Seite getrennt

Die Hand der Gegenseite liegt dem Kopf an, um eine stabile Stütze zu gewähren

Der Unterkiefer befindet sich in Ruhelage (Zähne haben keinen Kontakt)

In jedem der beschriebenen Areale soll an verschiedenen Stellen palpiert werden

Der Patient wird gebeten, mitzuteilen, ob er bei der Palpation Druck oder Schmerzen verspürt

##### RDC/TMD – Beschreibung der Lage der extraoralen Muskelareale

Muskel	Lage
Musculus temporalis, posteriore Region	Hinter bis oberhalb des Ohrs
Musculus temporalis, mittlere Region	In der Vertiefung etwa 2cm lateral des seitlichen Rands der Augenbrauen
Musculus temporalis, anteriore Region	Über der Fossa infratemporalis, oberhalb des Processus zygomaticus
Musculus masseter, Ursprung	Beginnend etwa 1cm anterior des Kiefergelenkes entlang des unteren Rands des Arcus zygomaticus bis zum vorderen Rand des Musculus masseter
Musculus masseter, Muskelbauch	Unterhalb des Arcus zygomaticus am vorderen Rand des Musculus masseter rückwärts zum Unterkieferwinkel auf einer rund zwei Finger breiten Fläche
Musculus masseter, Ansatz	Etwa 1cm oberhalb und vor dem Unterkieferwinkel
Regio postmandibularis	Die zu untersuchende Person soll den Kopf etwas nach hinten strecken. Palpiert wird die Region zwischen dem Ansatz des Musculus sternocleidomastoideus und dem Hinterrand des Unterkiefers. Der palpierende Finger bewegt sich medial und aufwärts (nicht in Richtung Unterkiefer).
Regio submandibularis (Musculus pterygoideus medialis, anteriorer Musculus digastricus, suprahyoidale Muskulatur)	(In Richtung Unterkiefer). Falls Schmerzen auftreten, sollte zwischen Schmerzen muskulären und nodulären Ursprungs unterschieden werden.

##### RDC/TMD – Beschreibung der Lage der Taststellen an den Kiefergelenken

Taststelle	Lage
Lateraler Pol	Der Zeigefinger liegt vor dem Tragus über dem Kiefergelenk. Die zu untersuchende Person wird gebeten, den Kiefer leicht zu öffnen, bis die Translation des lateralen Pols des Kondylus nach vorne zu fühlen ist. Die Palpation sollte mit einem Druck von rund 5 N (1bs) erfolgen, wobei der Kopf mit der anderen Hand gestützt wird.

##### RDC/TMD - Achse II und ihre Erfassung mit englisch- und deutschsprachigen Instrumenten:

Nr.	Instrument zur Erfassung
I	Klassifikation chronischer Gesichtsschmerzen Instrument: Graded Chronic Pain Status (GCPS) (Deutsches Instrument: GCPS-D)
II	Schmerzbezogene Beeinträchtigungen täglicher Aktivitäten Instrument: Graded Chronic Pain Status (GCPS) (Deutsches Instrument: GCPS-D) Zusätzliches, nicht in den RDC/TMD aufgeführtes Instrument: Pain Disability Index (PDI) (Deutsches Instrument: Pain Disability Index- PDI-D)
III	Depressive Verstimmung Instrument: Symptom Checklist-90R- Depression and Vegetative Symptom Scale (Deutsches Instrument: Allgemeine Depressionsskala ADS-L)
IV	Unspezifische somatische Symptome: Instrument: Symptom Checklist-90R – Somatization Scale (Deutsches Instrument: Beschwerdeliste – B-L, B-L')

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**5. Persistent Idiopathic Facial Pain**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden im Gesichtsbereich** genauer erfragen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Leiden Sie unter andauernden Schmerzen im Gesicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben Sie diese Schmerzen täglich und dauern sie über den grössten Teil des Tages oder den ganzen Tag über an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Haben diese Schmerzen in einer begrenzten Fläche auf einer Gesichtsseite begonnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Strahlen die Schmerzen in andere Partien von Gesicht, Kiefer oder Nacken aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 5. Persistent Idiopathic Facial Pain

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach Friction (2000) und dem Headache Classification Committee der International Headache Society (2004)

#### Einschlusskriterien

Die Kriterien beziehen sich auf die Richtlinien der International Headache Society (IHS).

#### Inklusionskriterien der IHS für Persistent Idiopathic Facial Pain, Teil 1

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Täglicher Schmerz mit Dauer über den grössten Teil des Tages oder den gesamten Tag	Fragen 1, 2
Anfangs begrenzt auf eine Fläche auf einer Gesichtsseite. Kann in den Kieferbereich sowie in verschiedene Gesichts- und Nackenpartien ausstrahlen	Fragen 3, 4

#### Ausschlusskriterien

#### Exklusionskriterien der IHS für Persistent Idiopathic Facial Pain, Teil 2

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Keine sensorischen Defizite oder körperlichen Anzeichen	Diagnostiker
Laboruntersuchungen und Röntgenbilder zeigen keine relevanten Anomalien auf	Diagnostiker

Auszuschliessen sind zudem:

Cranial Neuralgia (IHS, Kapitel 13.1 bis 13.8)

Cluster Headache (IHS, Kapitel 3.1)

Myofacial Pain (enthalten in den RDC/TMD)

Traumatic Neuropathic Pain

**Geburtsdatum:**

## Patient

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Rückenschmerzen** genauer erfassen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Bitte beschreiben Sie die Stärke Ihrer Rückenschmerzen auf der folgenden Skala:		
	<div> <div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> </div> <div> <div>Keine Schmerzen</div> <div>Entsetzlichste Schmerzen</div> </div>		
2	Sind Sie durch die Rückenschmerzen in Ihrem Verhalten beeinträchtigt? (z.B. Bewegungsbehinderung, Arbeitsunfähigkeit, Einschränkung im Alltag etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Beeinträchtigen die Rückenschmerzen Ihr Befinden? (z.B. Hilflosigkeit, Resignation, depressive Verstimmung, verminderte Leistungsfähigkeit etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Haben Sie aufgrund Ihrer Rückenschmerzen schon mehrere Behandlungsversuche unternommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Haben die Rückenschmerzen nach einem Behandlungsversuch nachgelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 6. Chronic Low Back Pain

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

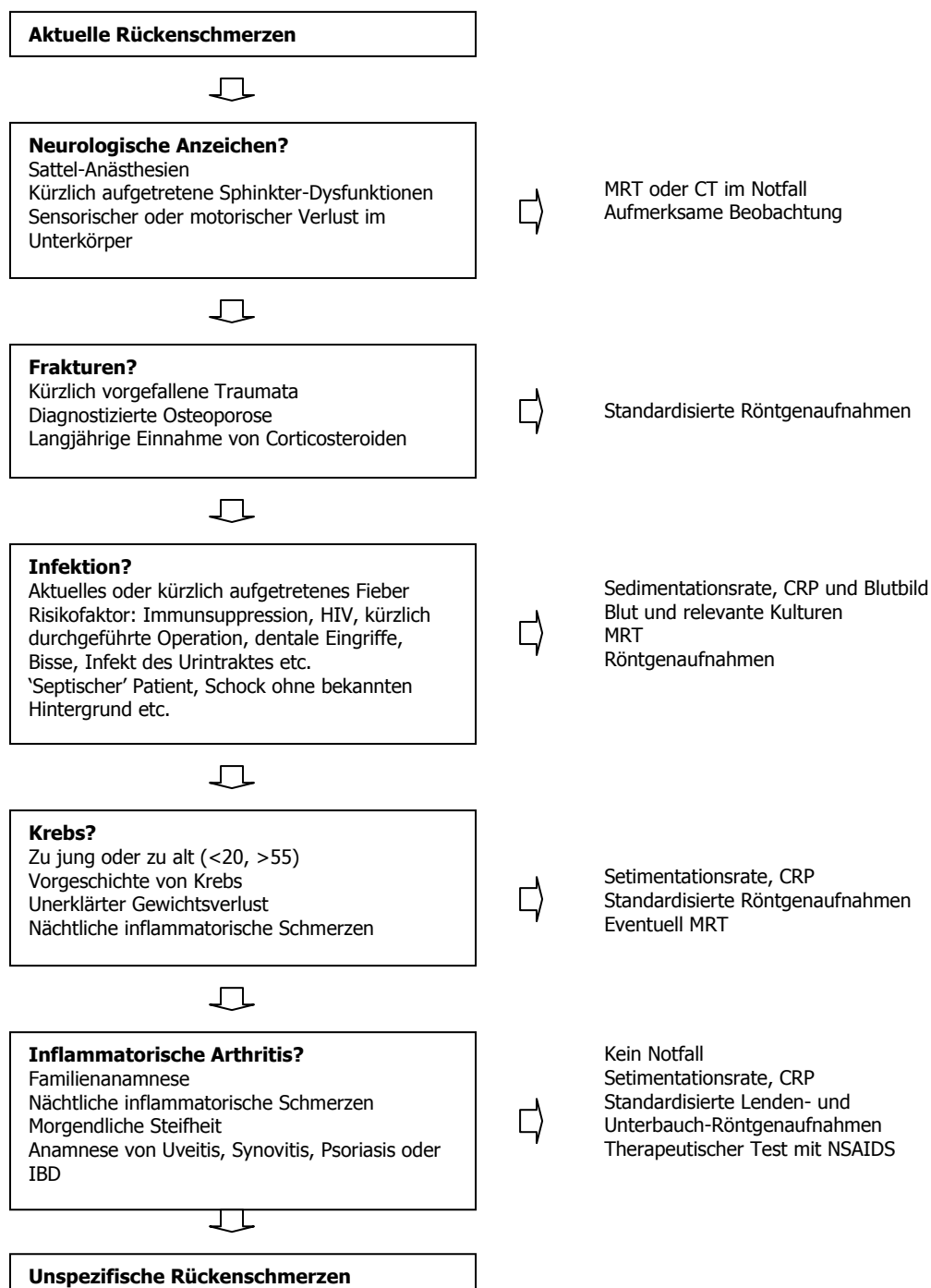
Nach Dudler & Balagué (2002) und Kröner-Herwig (2000)

#### Einschlusskriterien

Im Patienten-Fragebogen müssen in der Frage 1 Schmerzen angegeben werden. Die Fragen 2 bis 6 beziehen sich auf die Definition von Chronizität. 2-4 müssen mit "ja", die 5 mit "nein" beantwortet werden.

#### Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen werden müssen neurologische Erkrankungen, Frakturen, Infektionen, Krebs und inflammatorische Arthritis.



**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**7. Fibromyalgia**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **ausgedehnten Schmerzen am ganzen Körper** genauer erfassen. Einige Fragen haben Sie im Screening bereits beantwortet. Um eine genaue Diagnose zu gewährleisten, werden Ihnen diese noch einmal gestellt.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Haben Sie Schmerzen in Ihrer linken Körperhälfte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben Sie Schmerzen in Ihrer rechten Körperhälfte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Haben Sie Schmerzen oberhalb der Taille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Haben Sie Schmerzen unterhalb der Taille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Haben Sie Schmerzen an der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule, der Lendenwirbelsäule oder am vorderen Brustkorb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 7. Fibromyalgia

Diagnostiker

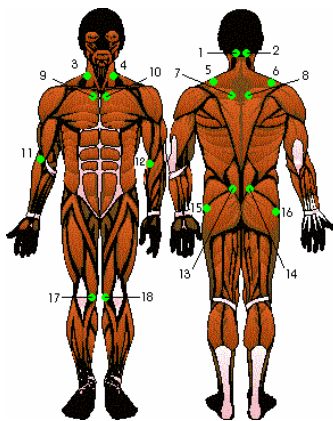
### Diagnostikerbogen

Nach Mau & Raspe (1990) und Wolfe et al. (1990)

### Einschlusskriterien

#### Auswertung des Patienten-Fragebogens nach den American College of Rheumatology (ACR) Kriterien für Fibromyalgia

Nr.	Kriterien	Quelle der Beantwortung
1	Schmerzen seit mindestens 3 Monaten  Anamnese von ausgedehnten muskuloskelettalen Schmerzen	Frage 6  Frage 1, 2, 3, 4, 5
2	Schmerzen in 11 von 18 Tenderpoints (jeweils beidseitig möglich) Der Druck (Palpation) sollte mit ca. 4 kg erfolgen und muss vom Patienten als schmerzhaft empfunden werden. Empfindlichkeit wird nicht als Schmerz gewertet	Diagnostiker



#### Tenderpoints

Ansätze der subokzipitalen Muskeln  
Querfortsätze der Halswirbelkörper C5 - C7  
M. trapezius (Mittelpunkt auf der Achsel)  
M. supraspinatus oberhalb der Spina scapulae  
Knochen-Knorpel-Grenze der 2. Rippe  
Epicondylus radialis (2cm distal)  
Regio glutea (oberer äusserer Quadrant)  
Trochanter major  
Pes anserinus

(Bildnachweis: [www.fibromyalgie.via.t-online.de](http://www.fibromyalgie.via.t-online.de))

### Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen werden sollten Traumata sowie andere rheumatische, infektiöse, endokrinologische oder maligne Erkrankungen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Fibromyalgia auch gleichzeitig (sekundär) neben einer anderen Störung bestehen kann.



**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 8. Chronic Fatigue Syndrome

**Patient**

### Fragebogen

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden in Zusammenhang mit Ihrer Erschöpfung** genauer erfragen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Leiden Sie an andauernder oder wiederkehrender chronischer Erschöpfung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Hatte die Erschöpfung einen neuen, bzw. umschriebenen/erkennbaren Beginn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ist Ihre Erschöpfung das Ergebnis einer aktuellen Belastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Beeinträchtigt Sie diese Erschöpfung in Ihrem Beruf/Ausbildung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Beeinträchtigt Sie diese Erschöpfung im Haushalt/Selbstversorgung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Beeinträchtigt Sie diese Erschöpfung in der Familie/soziale Kontakte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Beeinträchtigt Sie diese Erschöpfung in Freizeitaktivitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an Gedächtnis- oder Konzentrationsproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an Halsschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an schmerzhaften oder geschwollenen Lymphknoten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an Muskelschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an Gelenkschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an neuartigen Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an unerholsamem Schlaf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Litten Sie während der letzten 6 Monate oder länger an Unwohlsein nach Anstrengung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Leiden Sie an dieser Erschöpfung schon Ihr ganzes Leben lang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 8. Chronic Fatigue Syndrome

**Diagnostiker**

**1**

### Diagnostikerbogen

Nach Aaron et al. (2001), Csef (2001) und Fukuda et al. (1994)

### Einschlusskriterien

#### Auswertung des Patienten-Fragebogens: Chronic Fatigue Syndrome

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Medizinische evaluierte, unerklärte, persistierende oder wiederkehrende chronische Erschöpfung mit folgenden Merkmalen:	Frage 1
Neuer bzw. umschriebener Beginn	Frage 2 muss mit ja beantwortet werden
Nicht das Ergebnis aktueller Belastungen	Frage 3 muss mit nein beantwortet werden
Nicht schon lebenslang vorhanden	Frage 16 muss mit nein beantwortet werden
Führt zu substanzieller Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen	Mindestens 2 Fragen aus 4, 5, 6, 7 müssen mit ja beantwortet werden
Seit mindestens 6 Monaten	Frage 17
Vier oder mehr der folgenden Symptome sind gleichzeitig länger als 6 Monate vorhanden:	
Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme	Mindestens 4 der Fragen aus 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 müssen mit ja beantwortet werden
Halsschmerzen	
Empfindliche Lymphknoten	
Muskelschmerzen	
Arthralgie an verschiedenen Gelenken (ohne Schwellungen oder Rötungen)	
Neuartige Kopfschmerzen	
Unerholsamer Schlaf	
Unwohlsein nach Anstrengung	

### Einschlusskriterien

Klinische Syndrome, welche nur deskriptiv und nicht über labordiagnostische Marker definiert werden, wie z.B. Angststörungen, Fibromyalgia, somatoforme Störungen, Major Depression, Neurasthenie, Multiple Chemical Sensitivity
Jede Störung oder Erkrankung, deren Symptomatik aufgrund aktueller und nachgewiesener adäquater Behandlung ausreichend gelindert sein sollte, wie z.B. Hypothyreose unter anhand von normalen TSH-Werten nachgewiesener adäquater Hormonsubstitution oder eine anhand von Lungenfunktionstests belegte erfolgreiche Asthmabehandlung
Jede Störung oder Erkrankung, welche vor Beginn der chronischen Erschöpfung mit wirksamen Medikamenten behandelt wurde, wie z.B. Lyme-Borreliose
Jede alleinstehende medizinisch unerklärte physiologische Auffälligkeit (medizinische Examination, Laborbefund, bildgebende Verfahren), wie z.B. erhöhte antinukleäre Titer, die entweder als Beleg für eine organische Ursache der chronischen Erschöpfung nicht ausreicht, oder die Diagnose einer diskreten Erkrankung nicht zu rechtfertigen vermag

### Ausschlusskriterien

#### Ausschlusskriterien

Nachweisbare medizinische Erkrankungen, welche die Symptomatik erklären können
Vorherige nachweisbare medizinische Erkrankung, deren Resolution nicht eindeutig nachgewiesen werden kann und deren mögliche persistierende Aktivität die Symptomatik erklären könnte
Major Depression mit psychotischen, katatonen oder melancholischen Merkmalen, Bipolare Störungen, Schizophrenie und psychotische Störungen, Demenz, Essstörungen
Alkohol-, Substanz- oder Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit innerhalb der letzten 2 Jahre vor Beginn der chronischen Erschöpfung
Starkes Übergewicht (BMI über 45)

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 8. Chronic Fatigue Syndrome

**Diagnostiker**

**2**

### Allgemeine Hinweise

Folgende Tabellen enthalten die gemäss der aktuellen Forschung empfohlenen und nicht empfohlenen Laboruntersuchungen und die mögliche Ursachen von chronischer Erschöpfung.

#### Untersuchungen

Empfohlene Laboruntersuchung	Zur Routinediagnostik nicht empfohlene Laboruntersuchungen
Blutbild inkl. Zelldifferenzierung der Leukozyten	Epstein-Barr-Virus-Serologie
Blutsenkung	Enteroviren-Serologie
Enzyme: CK total, GPT und alkalische Phosphatase	Retroviren-Serologie
Proteine: Gesamtprotein und Albumin	Human Herpesvirus 6-Serologie
Elektrolyte: Na, K, Ca und Phosphat	Candida Albicans-Test
Glukose	Immunologische Verfahren
Metabolite: Harnsäure und Kreatinin	Natürliche Killerzellen-Analyse
Schilddrüsenhormone (TSH, T <sub>3</sub> , FT <sub>4</sub> )	Zytokin-Bestimmung
Urinanalyse	T Zell-Aktivierungsmarker-Bestimmung
	Bildgebende Verfahren

#### Mögliche Ursachen chronischer Erschöpfung

Medizinische Ursachen	Psychische Störungen
Koronare Herzerkrankungen	Depressionen
Organversagen	Angststörungen
Leber-/Nierenschädigungen	Überbelastung/Stress
Endokrinologische Erkrankungen (Cushing-Syndrom, Morbus Addison, Diabetes mellitus, Hypo-/Hyperthyreose)	Suchterkrankungen
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B/C)	Somatoforme Störungen
Autoimmunerkrankungen (Polyarthritis, system. Lupus)	
Neurologische Erkrankungen (Parkinson-Syndrom, Myasthenia Gravis)	
Schlafstörungen (Narkolepsie, Schlafapnoe-Syndrom)	
Übergewicht (BMI über 45)	
Maligne Tumoren	
Hämatologische Grunderkrankungen	
Intoxikationen	
Nebenwirkungen von sedierenden Medikamenten	

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**9. Multiple Chemical Sensitivity**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden im Zusammenhang mit bestimmten Substanzen** genauer erfassen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Gibt es chemische Substanzen wie zum Beispiel Lösungsmittel, Farbe, Benzin, Putzmittel, Kosmetika, Genussmittel oder Nahrungsmittel, welche bei Ihnen Beschwerden verursachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Treten die Beschwerden auch bei geringen Dosen der betreffenden Substanz auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Betreffen Ihre Beschwerden mehr als ein Organsystem? Wenn ja, welche?: _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Treten diese Beschwerden immer auf, wenn Sie dieser Substanz ausgesetzt sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Treten diese Beschwerden bei mehreren, nicht ähnlichen Substanzen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Verschwinden oder bessern sich die Symptome, wenn diese Substanz entfernt wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate _____

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 9. Multiple Chemical Sensitivity

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach Bartha et al. (1999)

#### Einschlusskriterien

##### Auswertungen des Patienten-Fragebogens

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Die Symptome sind reproduzierbar bei wiederholter Exposition gegenüber bestimmten Substanzen	Frage 1, 4 Überprüfung durch Diagnostiker
Der Zustand ist chronisch	Frage 7 Überprüfung durch Diagnostiker: seit mindestens 6 Monaten
Bereits tiefe Dosen (tiefer als früher oder tiefer als normalerweise toleriert) führen zu den Symptomen	Frage 2 Überprüfung durch Diagnostiker
Die Symptome verbessern sich oder verschwinden, wenn der Auslöser entfernt wird	Frage 6 Überprüfung durch Diagnostiker
Die Reaktion tritt bei verschiedenen, nicht ähnlichen Substanzen auf	Frage 5 Überprüfung durch Diagnostiker
Die Symptome betreffen verschiedene Organsysteme	Frage 3 Überprüfung durch Diagnostiker

Neben der Erfassung durch den Patienten-Fragebogen sollte ein Expositions-Test zur Überprüfung der Einschlusskriterien vorgenommen werden.

#### Ausschlusskriterien

Es darf keine andere Krankheit diagnostiziert werden, welche die vorhandenen Symptome vollständig erklärt.

#### Allgemeine Hinweise

Um das Ausmass von MCS in Bezug auf die Einschränkungen im täglichen Leben und die Stärke der Symptome zu messen und die involvierten Organsysteme zu bestimmen, kann das EESI (Environmental Exposure and Sensitivity Inventory) oder QEESI (Kurzform des EESI) von Ashford und Miller (1998) eingesetzt werden.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**10. Irritable Bowel Syndrome**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Bauchschmerzen** genauer erfassen. Litten Sie während der letzten 3 Monate an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden?

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Schmerzen oder Unbehagen im Bereich des Bauches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Diese Beschwerden waren an mindestens 3 Tagen pro Monat während der letzten 3 Monate vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Diese Beschwerden werden durch Stuhlgang gelindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sie haben einen häufigeren oder einen verminderten Stuhlgang, wenn Sie an diesen Beschwerden leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sie leiden unter Verstopfung oder Durchfall oder abwechselungsweise beidem, wenn Sie an diesen Beschwerden leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ihre Nachtruhe wird durch Stuhldrang gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Sie erlitten in letzter Zeit einen Gewichtsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sie litten in letzter Zeit unter Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Sie haben manchmal Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Vor wie langer Zeit traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 10. Irritable Bowel Syndrome

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach Agreus et al. (2000), Longstreth et al. (2006) und Schmulson & Chang (1999)

### Einschlusskriterien

#### Auswertungen des Patienten-Fragebogens: Irritable Bowel Syndrome

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Wiederkehrende abdominelle Schmerzen oder Unbehagen	Frage 1 muss mit ja beantwortet werden
Vorhanden an mindestens 3 Tagen pro Monat während der letzten 3 Monate	Frage 2 muss mit ja beantwortet werden
Vermindert nach Defäkation	Mindestens 2 der Fragen 3, 4, 5 müssen mit ja beantwortet werden
Verbunden mit einer Änderung der Stuhlfrequenz	
Verbunden mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz	
Beginn der Symptome vor mindestens 6 Monaten	Frage 10

### Ausschlusskriterien

Das Auftreten von Alarmsymptomen spricht eher gegen eine Diagnose des Irritable Bowel Syndrome und muss genauer untersucht werden.

#### Alarmsymptome beim Irritable Bowel Syndrome

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Störung der Nachtruhe durch Diarrhoe	Frage 6
Gewichtsverlust	Frage 7
Fieber	Frage 8
Blut im Stuhl	Frage 9
Beginn jenseits des 50. Lebensjahres	Diagnostiker

Ausgeschlossen werden müssen zudem strukturelle oder metabolische Anomalien, welche die Symptome erklären könnten. Dazu gehören:

Gastrointestinale Infektionen

Mikroskopische Kolitis

Laktoseintoleranz

Endokrine Tumore

Endokrine Störungen (Schilddrüse, Diabetes)

Bakterieller Befall

Malabsorptionssyndrome (Sprue, Pankreas-Insuffizienz)

Kolorektale Karzinome

Nebenwirkungen von Laxativen oder Antaziden

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**11. Functional Dyspepsia**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Schmerzen im Oberbauch** genauer erfassen. Litten Sie während der letzten 3 Monate an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden?

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Ein störendes Völlegefühl nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Frühzeitige Sättigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Schmerzen im Oberbauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Brennen im Oberbauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ihre Nachtruhe wird aufgrund der Beschwerden gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sie erlitten in letzter Zeit einen Gewichtsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Sie hatten in letzter Zeit Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sie haben manchmal Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Vor wie langer Zeit traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.



**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 11. Functional Dyspepsia

**Diagnostiker**

**1**

### Diagnostikerbogen

Nach Agreus et al. (2000), Chiba (1998), Longstreth et al. (2006), Schmulson & Chang (1999) und Tack et al. (2006)

### Einschlusskriterien

#### Auswertungen des Patienten-Fragebogens: Functional Dyspepsia

Kriterien	Quelle der Beantwortung
Störendes Völlegefühl nach dem Essen	Mindestens 1 der Fragen 1, 2, 3, 4 muss mit ja beantwortet werden
Frühzeitige Sättigung	
Schmerzen im Oberbauch	
Brennen im Oberbauch	Frage 9
Beginn der Symptome vor mindestens 6 Monaten	

### Ausschlusskriterien

Das Auftreten von Alarmsymptomen spricht eher gegen eine Diagnose der Functional Dyspepsia und muss genauer untersucht werden.

#### Alarmsymptome bei Functional Dyspepsia

Alarmsymptome	Patienten-Fragebogen
Störung der Nachtruhe durch Diarrhoe	Frage 5
Gewichtsverlust	Frage 6
Fieber	Frage 7
Blut im Stuhl	Frage 8
Beginn jenseits des 50. Lebensjahres	Diagnostiker

Ausgeschlossen werden müssen zudem klinische, biochemische, endoskopische oder ultrasonographische Anzeichen für eine bekannte organische Erkrankung, welche die Symptome erklären könnten, sowie grössere gastrische oder intestinale Operationen. Dazu gehören folgende Störungsbilder:

#### Ausschlusskriterien

Ursache	Erklärung	Ausschluss oder Diagnose durch:
Aerophagie	Blähungen durch wiederholtes Schlucken von Luft	Auftossen im Zusammenhang mit Blähungen, Erleichterung durch Flatulenz
Gastro-oesophagaler Reflux (GORD)	Rückfluss von Magenflüssigkeit in die Speiseröhre	Sodbrennen und saures Aufstossen als dominantes Symptom, Endoskopie, 24- Stunden oesophagales Ph-Monitoring
Ulcus Pepticum		Endoskopie, Test auf Helicobacter Pylori (Unterscheidung aufgrund der Symptome alleine nicht möglich)
Magen-Darm-Krebs		Alarmsymptome wie Gewichtsverlust, Dysphagie oder Anämie
Galle, Gallensteine		Lokalisation der Schmerzen, Ultrasonographie

### Allgemeine Hinweise

Die Functional Dyspepsia kann bei Bedarf in die zwei Subgruppen Postprandial Distress Syndrome und Epigastric Pain Syndrome eingeteilt werden:

#### Subgruppen der Functional Dyspepsia

**Name:**

## 11. Functional Dyspepsia

**Geburtsdatum:**

**Diagnostiker**

**2**

---

Postprandial Distress Syndrome	<p>Mindestens eines der folgenden Kriterien sollten während der vergangenen 3 Monate erfüllt sein:</p> <p>Störendes Völlegefühl nach dem Essen, mehrmals wöchentlich nach normal-portionierten Mahlzeiten</p> <p>Frühzeitige Sättigung, die eine Beendigung der Mahlzeit verunmöglicht, mehrmals wöchentlich</p> <p>Zusätzlich:</p> <p>Beginn der Symptome mindestens 6 Monate vor der Diagnose</p> <p>Eine Diagnose unterstützende Kriterien:</p> <p>Blähungen im Oberbauch, Übelkeit nach dem Essen oder starkes Aufstossen</p> <p>Das Epigastric Pain Syndrome kann gleichzeitig vorhanden sein</p>
Epigastric Pain Syndrome	<p>Alle der folgenden Kriterien sollten während der vergangenen 3 Monate erfüllt sein:</p> <p>Schmerzen oder ein Brennen im Oberbauch, von mindestens mittelmässiger Intensität, mindestens einmal wöchentlich</p> <p>Die Schmerzen sind nur zeitweilig vorhanden</p> <p>Nicht in anderen Bereichen des Bauches oder der Brust lokalisiert</p> <p>Nicht vermindert durch Defäkation oder Flatulenzen</p> <p>Ausschluss von Gallenblasen- und Oddi-Sphinkter-Dysfunktionen</p> <p>Zusätzlich:</p> <p>Beginn der Symptome mindestens 6 Monate vor der Diagnose</p> <p>Eine Diagnose unterstützende Kriterien:</p> <p>Brennende Qualität des Schmerzes ohne retrosternale Komponente</p> <p>Der Schmerz ist normalerweise durch die Nahrungsaufnahme induziert oder wird dadurch erleichtert, kann aber auch bei nüchternem Magen auftreten</p> <p>Das Postprandial Distress Syndrome kann gleichzeitig vorhanden sein</p>

---

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**12. Chronic Pelvic Pain**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Schmerzen im Unterbauch** genauer erfassen. Beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf Beschwerden, die Sie seit 6 Monaten oder länger haben.

Nr	Frage	Nie/fast nie	Manchmal	Oft	Fast immer	Immer
		①	②	③	④	⑤
1	Haben Sie Schmerzen im Bereich des Unterbauchs?	①	②	③	④	⑤
2	Haben Sie Schmerzen im unteren Bereich Ihres Körpers (Vagina, Anus, Gesäss, Steissbein etc.)?	①	②	③	④	⑤
3	Haben Sie Schmerzen im unteren Teil Ihres Rückens?	①	②	③	④	⑤
4	Haben Sie während des Tages starken Harndrang, auch wenn Sie nicht viel getrunken haben?	①	②	③	④	⑤
5	Verlieren Sie unwillentlich Harn?	①	②	③	④	⑤
6	Halten Sie Diät und/oder nehmen Sie Laxative ein für den Stuhlgang?	①	②	③	④	⑤
7	Haben Sie harten Stuhl?	①	②	③	④	⑤
8	Müssen Sie sich sehr anstrengen oder brauchen Sie lange um zu stuhlen, auch wenn Sie keinen harten Stuhl haben?	①	②	③	④	⑤
9	Haben Sie Schmerzen in der Vagina und/oder im Unterbauch während und/oder nach dem Geschlechtsverkehr?	①	②	③	④	⑤
10	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:	Jahre/ Monate				

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 12. Chronic Pelvic Pain

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Gelbaya (2001) und Van Os-Bossagh et al. (2002)

#### Einschlusskriterien

Um die Diagnose Chronic Pelvic Pain vergeben zu können, muss die Frage 1 im Patienten-Fragebogen mit einer Punktzahl von mindestens 2-4 (oft-immer) beantwortet werden. Die Fragen 2 bis 9 beziehen sich auf Symptome, die häufig bei Chronic Pelvic Pain präsent sind. Werden sie mit einer Punktzahl von 2-4 (oft-immer) eingeschätzt, unterstützt dies die Diagnose des Syndroms und liefert zudem Hinweise darauf, welche Symptome zusätzlich vorhanden sind und differentialdiagnostisch genauer untersucht werden sollten (siehe Ausschlusskriterien). Das Chronizitätskriterium (6 Monate) wird anhand von Frage 10 abgeklärt.

#### Ausschlusskriterien

Zur Diagnose von Chronic Pelvic Pain müssen organische Ursachen ausgeschlossen werden. Allerdings kann das Syndrom auch komorbide zu einer Pathologie bestehen. Die Kausalität zwischen pathologischen Befunden und vorhandenen Schmerzen ist oft unklar. Folgende Differentialdiagnosen sollten (je nach Beschwerdebild) in Betracht gezogen werden:

#### Differentialdiagnose (Gelbaya, 2001)

Differentialdiagnose	Beispiele
Gynäkologische Erkrankungen	Endometriose, Adhäsionen (Chronic Pelvic Inflammatory Disease), Leiomyome, Pelvic Congestion Syndrome, Adenomyosien
Gastrointestinale Erkrankungen	Verstopfung, Irritable Bowel Syndrome, Diverticulitis, Diverticulosis, chronische Appendicitis, Meckels Diverticulum
Genitourinale Erkrankungen	Interstitial Cystitis, abnorme Blasenfunktionen (Blasendyssynergia, chronische Urethritis)
Myofasziale Erkrankungen	Fasciitis, Nerve entrapment Syndromes, Hernien (inguinal, femoral, spigelian, umbilikal, inzisional)
Skelettale Erkrankungen	Skoliosen, Bandscheibenstörungen (L1 und L2), Spondylolisthesis, Osteitis pubis
Psychische Störungen	Somatisierung, psychosexuelle Dysfunktionen, Depressionen

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**13. Chronic Abacterial Prostatitis**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Schmerzen im Unterbauch** genauer erfassen.

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Haben Sie in der letzten Woche in den folgenden Körperbereichen irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden verspürt?		
	A Bereich zwischen Mastdarm und Hoden (Damm)	①	②
	B Hoden	①	②
	C An der Spitze des Penis (nicht in Verbindung mit Wasserlassen)	①	②
	D Unterhalb der Gürtellinie, im Scham- oder Blasenbereich	①	②
2	Haben Sie in der letzten Woche		
	A Schmerzen oder ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen verspürt?	①	②
	B Schmerzen oder Beschwerden während oder nach dem sexuellen Höhepunkt (Ejakulation) verspürt?	①	②
3	Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzen oder Beschwerden in einem oder mehreren dieser Bereiche verspürt?		
	Nie	②	
	Selten	①	
	Manchmal	②	
	Oft	③	
	Fast immer	④	
	Immer	⑤	
4	Welche Zahl beschreibt am besten Ihre DURCHSCHNITTlichen Schmerzen oder Beschwerden an den Tagen, an denen Sie diese während der letzten Woche verspürten?		
	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩		
	Keine Schmerzen		Entsetzlichste Schmerzen
5	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### 13. Chronic Abacterial Prostatitis

**Diagnostiker**

#### Diagnostikerbogen

Nach Hochreiter et al. (2001), Litwin et al. (1999), Nickel et al. (1999a) und Nickel et al. (2002)

#### Einschlusskriterien

Zur Auswertung des Patienten-Fragebogens werden folgende Werte addiert:

Frage 1A, 1B, 1C, 1D, 2A, 2B (jeweils ja=1 Punkt, nein=0 Punkte)      Wert: \_\_\_\_\_  
Frage 3 (0 bis 5 Punkte)      Wert: \_\_\_\_\_  
Frage 4 (0 bis 10 Punkte)      Wert: \_\_\_\_\_

Die maximal zu erreichende Punktzahl ist 21. Ab einer Punktzahl von 4 und zusätzlichen Schmerzen im Perineum (1A) und/oder Schmerzen bei der Ejakulation (2B) kann von einer Prostatitis ausgegangen werden.

#### Ausschlusskriterien

Um die Untergruppen der Prostatitis und somit die Chronic Abacterial Prostatitis bestimmen zu können, sollten folgende Kriterien beachtet werden:

##### Ausschlusskriterien nach den National Institutes of Health (NIH)

Nr.	Bezeichnung Untergruppe	Diagnosekriterien/Beschreibung
I	Akute bakterielle Prostatitis	Nachweis einer akuten bakteriellen Infektion
II	Chronische bakterielle Prostatitis	Nachweis einer wiederkehrenden bakteriellen Infektion
III	Chronische abakterielle Prostatitis (Chronic Pelvic Pain Syndrome)	Keine nachweisbare Infektion
III a	Inflammatorisch	Weisse Blutkörperchen sind im Sperma, Prostatasekret oder Urin nachzuweisen
III b	Non-Inflammatorisch	Kein Befund von weissen Blutkörperchen in Sperma, Prostatasekret oder Urin
IV	Asymptomatische inflammatorische Prostatitis	Keine Symptome, aber zufällige Diagnose während einer Prostata-Biopsie oder Nachweis für weisse Blutkörperchen im Prostatasekret bei Untersuchungen im Zusammenhang mit anderen Störungen

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**14. Premenstrual Syndrome**  
**Premenstrual Dysphoric Disorder**  
**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden in Zusammenhang mit Ihrer Menstruation** genauer erfassen. Leiden Sie in den 7-10 Tagen vor der Menstruation unter folgenden Symptomen, welche sich nach Beginn der Menstruation wieder bessern?

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Psychisches Unbehagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Depressive Verstimmung, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, selbsttherabsetzende Gedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Deutliche Angst; Spannung; Gefühle, gereizt oder gespannt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Deutliche Affektlabilität (z.B. sich plötzlich traurig fühlen, weinen oder gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Andauernde und deutliche Wut oder Reizbarkeit oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Das subjektive Gefühl des Überwältigtseins oder ausser Kontrolle zu geraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Blähungen oder Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Brustempfindlichkeit oder Brustschwellung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Muskelschmerzen oder muskuläre Verspannungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Veränderungen des Appetits, Essen über den Hunger oder ein Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Lethargie, leichte Ermüdbarkeit oder deutlicher Energieverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Schlaflosigkeit oder erhöhte Schlafneigung am Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Abnehmendes Interesse an üblichen Aktivitäten (z.B. Arbeit, Schule, Freunde, Hobbies)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Schränken Sie diese Beschwerden in Ihren Arbeits- oder Schulleistungen, sozialen Aktivitäten und Beziehungen ein (z.B. Vermeidung sozialer Aktivitäten, herabgesetzte Produktivität und Effektivität beider Arbeit oder in der Schule)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Litten Sie während der letzten 12 Monate während den meisten Zyklen an diesen Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Wie lange leiden Sie bereits an diesen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**14. Premenstrual Syndrome**  
**Premenstrual Dysphoric Disorder**  
**Diagnostiker**

**Diagnostikerbogen**

Nach Dilling et al. (2005) und Sass et al. (2003)

**Einschlusskriterien**

Zur Vergabe der Diagnose Premenstrual Syndrome oder einer Verdachtsdiagnose der Premenstrual Dysphoric Disorder müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

**Auswertung des Patienten-Fragebogens: Premenstrual Syndrome und Premenstrual Dysphoric Disorder**

Definitionskriterien	
ICD-10 (PMS)	Eine der Fragen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 muss mit ja beantwortet werden Die Beschwerden dürfen nur während der Lutealphase präsent sein und müssen nach Beginn der Menstruation aufhören
DSM-IV (PMDD)	Mindestens eine der Fragen 2, 3, 4, 5 muss mit ja beantwortet werden Insgesamt müssen mindestens 5 der Fragen 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15 plus 7, 8, 9 oder 10 mit ja beantwortet werden Die Frage 16 muss mit ja beantwortet werden Die Frage 17 muss mit ja beantwortet werden

Um eine definitive Diagnose für die Premenstrual Dysphoric Disorder vergeben zu können, müssen die Kriterien durch eine prospektive tägliche Einschätzung während der letzten zwei aufeinander folgenden symptomatischen Zyklen bestätigt werden. Die im Fragebogen beschriebenen Symptome müssen während der meisten Menstruationszyklen des vergangenen Jahres vorhanden gewesen sein (Frage 17), über die meiste Zeit während der letzten Woche der Lutealphase präsent sein, sich innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Follikelphase zurückbilden sowie während der Woche nach der Menstruation gänzlich fehlen.

**Ausschlusskriterien**

Das Störungsbild stellt nicht nur eine Exazerbation der Symptome einer anderen Störung, wie z.B. einer Major Depression, einer Panikstörung, einer Dysthymen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung dar, obwohl es jede der genannten Störungen überlagern kann. Organische Ursachen wie Anämien oder Schilddrüsenerkrankungen müssen ausgeschlossen werden.

**Allgemeine Hinweise**

Bei menstruierenden Frauen entspricht die Lutealphase der Periode zwischen der Ovulation und dem Beginn der Menstruation; die Follikelphase beginnt mit der Menstruation. Bei nicht menstruierenden Frauen (z.B. durch eine Hysterektomie induziert) ist für die zeitliche Bestimmung der Luteal- und Follikelphasen unter Umständen die Messung zirkulierender reproduktiver Hormone notwendig.



**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**15. Functional Chest Pain**

**Patient**

**Fragebogen**

Anhand der folgenden Fragen möchten wir die bei Ihnen auftretenden **Beschwerden im Brustbereich** genauer erfassen. Litten Sie während der letzten 3 Monate an einer oder mehreren der folgenden Beschwerden?

Nr.	Frage	Nein	Ja
1	Sie verspüren Schmerzen oder Unbehagen in der Mitte Ihrer Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Dieser Schmerz oder dieses Unbehagen hat die Qualität eines Brennens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Diese Schmerzen strahlen in Richtung Kopf aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Diese Schmerzen strahlen in Richtung der Arme aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Diese Schmerzen strahlen in Richtung des Rückens aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Vor wie langer Zeit traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:		Jahre/ ____ Monate

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 15. Functional Chest Pain

Diagnostiker

### Diagnostikerbogen

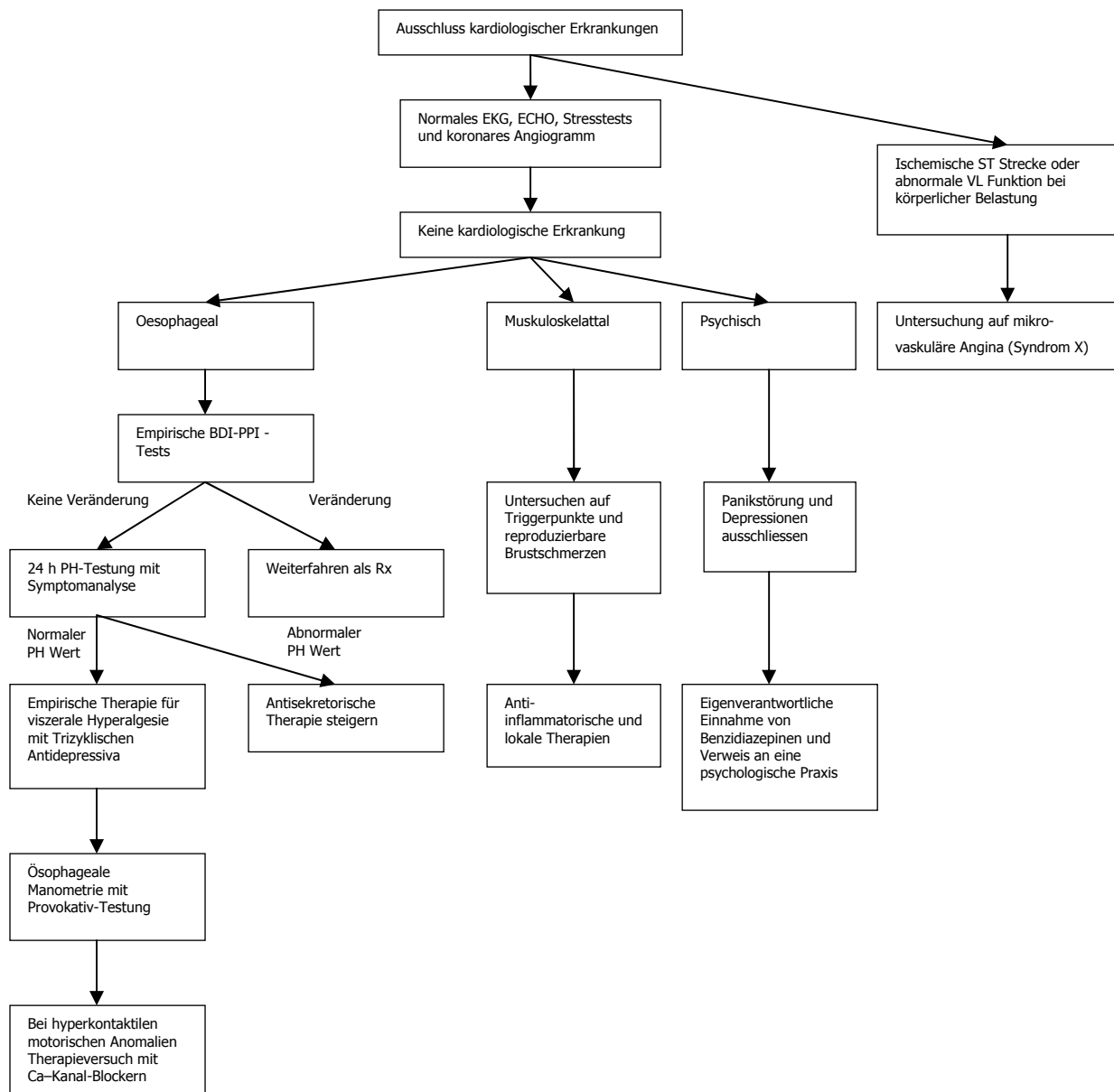
Nach Fang & Bjorkman (2001), Galmiche et al. (2006) und Katz & Castell (2000)

#### Einschlusskriterien

Das Hauptkriterium des Patienten-Fragebogens sind Schmerzen in der Mitte der Brust (Frage 1). Die Frage 2 muss mit nein beantwortet werden; die Fragen 3, 4 und 5 geben Anhaltspunkte über die Art der Beschwerden und erleichtern die Diagnosestellung. Die Beschwerden müssen mindestens 6 Monate vor Diagnosestellung eingesetzt haben (Frage 6) und während der letzten 3 Monate vorhanden gewesen sein.

#### Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen werden müssen kardiologische, oesophageale und muskuloskelettale Ursachen für die Brustschmerzen. Folgender Algorithmus beschreibt ein mögliches



Vorgehen:

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 16. Hyperventilation Syndrome

**Patient**

### Fragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Wie oft erleben Sie folgende Symptome?

Nr	Frage	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1	Brustschmerzen	①	②	③	④	⑤
2	Anspannung, Nervosität	①	②	③	④	⑤
3	Verschwommene Sicht	①	②	③	④	⑤
4	Schwindelgefühle	①	②	③	④	⑤
5	Verwirrung oder das Gefühl, den Bezug zur Realität zu verlieren	①	②	③	④	⑤
6	Beschleunigtes oder vertieftes Atmen	①	②	③	④	⑤
7	Atemnot	①	②	③	④	⑤
8	Engegefühl in der Brust	①	②	③	④	⑤
9	Gefühl eines aufgeblähten Bauches	①	②	③	④	⑤
10	Prickeln in den Fingern und Händen	①	②	③	④	⑤
11	Schwierigkeiten beim Atmen oder beim tiefen Luft holen	①	②	③	④	⑤
12	Steifheit oder Krämpfe in den Fingern und Händen	①	②	③	④	⑤
13	Engegefühl um den Mund	①	②	③	④	⑤
14	Kalte Hände oder Füße	①	②	③	④	⑤
15	Herzklopfen	①	②	③	④	⑤
16	Angst	①	②	③	④	⑤
17	Wie lange leiden Sie bereits an diesen körperlichen Beschwerden? Geben Sie bitte eine entsprechende Zahl an:	Jahre/ Monate				

Vielen Dank für die Beantwortung. Bitte geben Sie den Bogen Ihrem Diagnostiker zurück.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 16. Hyperventilation Syndrome

**Diagnostiker**

### Diagnostikerbogen

Nach Thomas et al. (2001) und Van Dixhoorn & Duivenvoorden (1985)

#### Einschlusskriterien

Die Diagnose Hyperventilation Syndrome kann anhand des Patienten-Fragebogens bei einem *Cut-off* von 23 Punkten vergeben werden. Der Patienten-Fragebogen beinhaltet 16 Fragen dazu mit einem Wert von jeweils 0-4 Punkten; der Maximalwert beträgt 64 Punkte.

Wert: \_\_\_\_\_

#### Ausschlusskriterien

Mögliche somatische Ursachen für die Symptome müssen ausgeschlossen werden. Das Hyperventilation Syndrome kann aber auch komorbide bestehen.

Name:

17. Somatoforme Störungen nach ICD-10

Geburtsdatum:

Diagnostiker

## Diagnostikerbogen

Nach Dilling et al. (1994)

### A. Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.0)

#### ICD-10-Kriterien der Somatisierungsstörung

Nr.	Kriterium	Kommentar
A	Eine Vorgeschichte von <b>mindestens zwei Jahren</b> mit anhaltenden Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome, die durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden können. Eine eventuell vorliegende bekannte körperliche Krankheit erklärt nicht die Schwere, das Ausmass, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene <b>soziale Behinderung</b> . Wenn einige vegetative Symptome vorliegen, bilden sie nicht das Hauptmerkmal der Störung, d. h. sie sind nicht besonders anhaltend oder belastend	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen: Soziale Behinderung (Items 58, 62, 63) Dauer über mehrere Jahre (Item 71) Die restlichen Kriterien sollten vom Diagnostiker überprüft werden
B	Die ständige Sorge um die Symptome führt zu andauerndem Leiden und dazu, dass die Patienten mehrfach (drei oder mehrmals) um Konsultationen oder Zusatzuntersuchungen in der Primärversorgung oder beim Spezialisten nachsuchen. Wenn aus finanziellen oder geographischen Gründen medizinische Einrichtungen nicht erreichbar sind, kommt es zu andauernder Selbstmedikation oder mehrfachen Konsultationen bei örtlichen Laienheilern	Überprüfung durch den Diagnostiker
C	Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt. Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung	Überprüfung durch den Diagnostiker
D	Insgesamt sechs oder mehr Symptome aus der folgenden Liste, mit Symptomen aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen:	Im Fragebogen:
	Gastrointestinale Symptome: <b>Bauchschmerzen</b> , <b>Übelkeit</b> , Gefühl von <b>Überblähung</b> , schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, Klagen über <b>Erbrechen</b> oder Regurgitation von Speisen, Klagen über häufigen <b>Durchfall</b> oder <b>Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus</b>	(Items 11, 29, 30, 31, 33)
	Kardiovaskuläre Symptome: <b>Atemlosigkeit</b> ohne Anstrengung, <b>Brustschmerzen</b>	(Items 7, 51, 52)
	Urogenitale Symptome: Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit, unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich, Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss	(Items 13, 14, 34)
	Haut- und Schmerzsymptome: Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut, <b>Schmerzen in den Gliedern</b> , Extremitäten oder <b>Gelenken</b> , unangenehme <b>Taubheit</b> oder <b>Kribbelgefühl</b>	(Items 18, 19, 43)
E	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht ausschliesslich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer Panikstörung (F41.0) auf	Überprüfung durch den Diagnostiker

Wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist, ist die Diagnose "Undifferenzierte Somatisierungsstörung" (F45.1) zu erwägen.

Name:

17. Somatoforme Störungen nach ICD-10

Geburtsdatum:

Diagnostiker

## Diagnostikerbogen

Nach Dilling et al. (2005)

### B. Somatoforme Autonome Funktionsstörung nach ICD-10 (F45.3)

#### ICD-10-Kriterien der Somatoformen Autonomen Funktionsstörung

Kriterium	Kommentar
Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des: 1. <b>Kardiovaskulären Systems</b> (F45.30) 2. <b>Gastrointestinalen Systems</b> (F45.31 bzw. F45.32) 3. <b>Respiratorischen Systems</b> (F45.33) 4. <b>Urogenitalen Systems</b> (F45.34) 5. Sonstiges Organsystem (F45.38)	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen: 1. Kardiovaskuläres System - Probleme mit dem Herzen ( <b>Item 51</b> )  2. Gastrointestinales System - Probleme beim Verdauen ( <b>Item 28</b> ) - Blähungen ( <b>Item 29</b> ) - Übelkeit ( <b>Item 30</b> ) - Erbrechen ( <b>Item 31</b> ) - Probleme im Darm oder beim Stuhlgang ( <b>Item 33</b> )  3. Respiratorisches System - Probleme mit der Atmung ( <b>Item 52</b> )  4. Urogenitales System - Schmerzen in den Genitalien ( <b>Item 14</b> ) - Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ( <b>Item 15</b> ) - Probleme in der Blase oder beim Wasserlassen ( <b>Item 34</b> )

Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen:

Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen wie etwa:

- Herzklopfen
- Schwitzen
- Erröten
- Zittern

Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung

Überprüfung durch den Diagnostiker

Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie:

- Flüchtige Schmerzen
- Brennen
- Schwere
- Enge
- Gefühle, aufgebläht oder auseinandergezogen zu werden

Diese Symptome werden vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet

Überprüfung durch den Diagnostiker

Name:

17. Somatoforme Störungen nach ICD-10

Geburtsdatum:

Diagnostiker

## Diagnostikerbogen

Nach Dilling et al. (2005)

### C. Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 (F45.4)

#### ICD-10-Kriterien der Anhaltenden Somatoformen Schmerzstörung

Kriterium	Kommentar
Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender <b>Schmerz</b> ...	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen: <b>(Items 1-23)</b>
...der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann	Überprüfung durch den Diagnostiker
Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können	Überprüfung durch den Diagnostiker
Die Folge ist meist eine beträchtliche gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung	Überprüfung durch den Diagnostiker
Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden	Überprüfung durch den Diagnostiker

Name:

17. Somatoforme Störungen nach ICD-10

Geburtsdatum:

Diagnostiker

## Diagnostikerbogen

Nach Dilling et al. (2005)

### D. Sonstige Somatoforme Störungen nach ICD-10 (F45.8)

#### ICD-10-Kriterien für Sonstige Somatoforme Störungen

Kriterium	Kommentar
Hier sollten alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert werden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen	Im Fragebogen: Funktionelle Dysphagie, einschliesslich Globus - Gefühl von einem Kloss in der Kehle <b>(Item 25)</b> - Beschwerden beim leeren Schlucken <b>(Item 26)</b> - Beschwerden beim Schlucken von Nahrung <b>(Item 27)</b>
Psychogen: - Dysmenorrhoe - <b>Funktionelle Dysphagie, einschliesslich Globus</b> - Pruritus (Hautjucken) - Tortikollis (Schiefhals) - Zähneknirschen	Nicht im Fragebogen: - Dysmenorrhoe - Pruritus (Hautjucken) - Tortikollis (Schiefhals) - Zähneknirschen



**E. Neurasthenie nach ICD-10 (F48.0)****ICD-10-Kriterien für Neurasthenie**

Kriterium	Kommentar
Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich:	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen:
Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte <b>Müdigkeit</b> nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als <b>Konzentrationsschwäche</b> und allgemein ineffektives Denken.	(Items 38, 40)
Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und <b>Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung</b> , begleitet von <b>muskulären und anderen Schmerzen</b> und der Unfähigkeit, sich zu entspannen.	(Items 19, 37)
Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie <b>Schwindelgefühl</b> , <b>Spannungskopfschmerz</b> und allgemeine Unsicherheit.	(Items 1, 42)
Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig.	Überprüfung durch den Diagnostiker
Der <b>Schlaf</b> ist oft in der ersten und mittleren Phase <b>gestört</b> , es kann aber auch <b>Hypersomnie</b> im Vordergrund stehen.	(Items 35, 36)

---

**A. Somatisierungsstörung nach DSM-IV (300.81)****DSM-IV-Kriterien der Somatisierungsstörung**

Nr.	Kriterium	Kommentar
A	Eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, <b>über mehrere Jahre</b> auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen <b>Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führten</b>	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen: Soziale Behinderung (Items 58, 62, 63) Dauer über mehrere Jahre (Item 71) Die restlichen Kriterien sollten vom Diagnostiker überprüft werden
B	Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen:  Vier Schmerzsymptome: eine Vorgeschichte von Schmerzsymptomen, die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen (z. B. <b>Kopf, Abdomen, Rücken, Gelenke, Extremitäten, Brust</b> , Rektum, während der Menstruation, während des <b>Geschlechtsverkehrs</b> oder während des Wasserlassens)  Zwei Gastrointestinale Symptome: eine Vorgeschichte von mindestens zwei gastrointestinalen Symptomen ausser Schmerzen (z. B. <b>Übelkeit</b> , Völlegefühl, <b>Erbrechen</b> ausser während einer Schwangerschaft, <b>Durchfall</b> , Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen)  Ein sexuelles Symptom: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom im Bereich Sexualität oder Fortpflanzung ausser Schmerzen (z. B. sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions- oder Ejakulationsstörungen, unregelmässige Menstruationen, sehr starke Menstruationsblutungen, Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft)  Ein pseudoneurologisches Symptom: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom oder Defizit (nicht begrenzt auf Schmerz), das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahe legt (Konversionssymptome wie z. B. Koordinations- oder <b>Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen</b> oder lokalisierte Muskelschwäche, <b>Halluzinationen, Verlust der Berührungsempfindung, Sehen von Doppelbildern, Blindheit, Taubheit</b> , (Krampf-) Anfälle, dissoziative Symptome wie z. B. Amnesien oder Bewusstseinsverluste, jedoch nicht einfache Ohnmacht)	Kriterien aus dem Screening-Fragebogen:  (Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)  (Items 29, 30, 31, 33)  Überprüfung durch den Diagnostiker  (Items 25, 26, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50)
C	Entweder kann nach adäquater Untersuchung keines der Symptome nach Kriterium B vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) erklärt werden, oder, die körperlichen Beschwerden oder die daraus resultierenden sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen gehen, falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, über das hinaus, was aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder den Laborbefunden zu erwarten wäre	Überprüfung durch den Diagnostiker
D	Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation)	Überprüfung durch den Diagnostiker

---

**B. Undifferenzierte Somatoforme Störung nach DSM-IV (300.82)****DSM-IV-Kriterien der Undifferenzierten Somatoformen Störung**

Nr.	Kriterium	Kommentar
A	Eine oder mehrere körperliche Beschwerden. Die häufigsten Beschwerden sind: <ul style="list-style-type: none"><li>- Chronische Müdigkeit</li><li>- Appetitlosigkeit</li><li>- Gastrointestinale Symptome</li><li>- Urogenitale Symptome</li></ul>	<p>Im Screening-Fragebogen: Zu "chronische Müdigkeit": - Schlaflosigkeit (<b>Item 35</b>) - Gesteigertes Schlafbedürfnis (<b>Item 36</b>) - Schnelles Ermüden (<b>Item 37</b>) - Ständig müde und erschöpft (<b>Item 38</b>) Zu "gastrointestinale Symptome": - Blähungen (<b>Item 29</b>) - Übelkeit (<b>Item 30</b>) - Erbrechen (<b>Item 31</b>) - Beschwerden im Darm oder bei der Ausscheidung (<b>Item 33</b>) Zu "urogenitale Symptome": - Schmerzen in den Genitalien (<b>Item 14</b>) - Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (<b>Item 15</b>) - Beschwerden in der Blase oder beim Wasserlassen (<b>Item 34</b>)</p> <p>Nicht im Fragebogen: - Appetitlosigkeit</p>
B	Entweder (1) oder (2) (1) Nach adäquater Untersuchung können die Symptome nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) erklärt werden (2) Falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, so gehen die körperlichen Beschwerden oder die daraus resultierenden sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen über das hinaus, was aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder Laborbefunden zu erwarten wäre	<p>Überprüfung durch den Diagnostiker</p> <p>Überprüfung durch den Diagnostiker</p>
C	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen	( <b>Items 58, 62, 63</b> )
D	Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate	( <b>Item 71</b> )
E	Das Störungsbild wird durch eine andere psychische Störung (z. B. eine andere Somatoforme Störung, Sexuelle Funktionsstörung, Affektive Störung, Angststörung, Schlafstörung oder eine Psychotische Störung) nicht besser erklärt	Überprüfung durch den Diagnostiker
F	Die Symptome werden nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder der Simulation)	Überprüfung durch den Diagnostiker

**C. Schmerzstörung nach DSM-IV (307.80/307.89)****DSM-IV-Kriterien der Schmerzstörung**

Nr.	Kriterium	Kommentar
A	Schmerzen in einer oder mehreren anatomische(n) Region(en) stehen im Vordergrund des klinischen Bildes und sind von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen	<b>(Items 1-23)</b>
B	Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen	<b>(Items 58, 62, 63)</b>
C	Psychischen Faktoren werden eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen	Überprüfung durch den Diagnostiker
D	Das Symptom oder der Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder Simulation)	Überprüfung durch den Diagnostiker
E	Der Schmerz kann nicht besser durch eine Affektive, Angst- oder Psychotische Störung erklärt werden und erfüllt nicht die Kriterien für die Dyspareunie	Überprüfung durch den Diagnostiker

---

**Somatic Symptom Index (SSI-4/6) nach Escobar et al. (1989)****Kriterien für den SSI-4/6 nach Escobar et al. (1989)**

---

**Kriterium**

---

Die Diagnose wird nach Escobar anhand der DSM-III Liste vergeben, bei Männern ab 4, bei Frauen ab 6 Symptomen. Diejenigen Symptome, welche im FSS-Screening-Fragebogen enthalten sind, sind unterstrichen, mit Angabe der jeweiligen Itemnummer in Klammern.

DSM-III:

Der Patient meint, dass er oder sie einen grossen Teil des Lebens kränklich war

**Schwierigkeiten beim Schlucken (24)**

Verlust der Stimme

**Taubheit (48)**

**Doppelbilder (45)**

**Verschwommenes Sehen (45)**

**Blindheit (45)**

Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit

**Gedächtnisverlust (39)**

Anfälle oder Krämpfe

Beschwerden beim Gehen

Lähmungen oder Muskelschwäche

**Harnverhalten oder Miktionschwierigkeiten (34)**

**Leibschmerzen (20, 21, 22, 23)**

**Übelkeit (30)**

**Anfälle von Erbrechen (ausser während der Schwangerschaft) (31)**

**Blähungen (29)**

Unverträglichkeit (z. B. Übelwerden) von vielerlei Speisen

**Diarrhoe (Durchfall) (33)**

Dysmenorrhoe

Menstruationsstörungen oder exzessive Blutungen

Schweres Erbrechen, das während der gesamten Schwangerschaft bestand oder Klinikaufnahme erforderlich machte

Sexuelle Gleichgültigkeit

Mangel an Vergnügen beim Geschlechtsverkehr

**Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (15)**

**Rückenschmerzen (8)**

**Gelenk- oder Gliederschmerzen (18)**

**Schmerzen im Genitalbereich (ausser während des Verkehrs) (14)**

**Miktionschmerzen (34)**

**Andere Schmerzen (ausser Kopfschmerzen) (2, 3, 4, 5, 6, 11, 16, 17, 19)**

**Kurzatmigkeit (52)**

**Palpitationen (51)**

**Brustschmerzen (7)**

**Schwindel (42)**

---

**Polysymptomatic Somatoform Disorder nach Rief und Hiller (1999)****Kriterien für die Polysymptomatic Somatoform Disorder (Rief & Hiller, 1999)**

---

**Kriterium**

Die Diagnose Polysymptomatic Somatoform Disorder wird nach Rief und Hiller (1999) anhand der folgenden Liste vergeben, bei Männern wie bei Frauen ab einem Cut-off von 7. Diejenigen Symptome, welche im FSS-Screening-Fragebogen enthalten sind, sind unterstrichen, mit Angabe der jeweiligen Itemnummer in Klammern.

**Kopfschmerzen (1)****Abdominelle Schmerzen (11)****Rückenschmerzen (8)****Gelenkschmerzen (18)**

Schmerzen in Armen und/oder Beinen

**Brustschmerzen (7)****Rektale Schmerzen (33)****Übelkeit (30)****Blähungen (29)****Unangenehmes Gefühl in der und um die Herzgegend (51)****Erbrechen (31)**

Zurückströmen von Speisen in die Mundhöhle

**Schluckauf oder brennendes Gefühl in der Brust oder im Magen (7)**

Unverträglichkeit verschiedener Speisen

Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge

**Durchfall (33)****Häufiges Urinieren (34)****Häufige Darmbewegungen (33)****Palpitationen (51)****Magenbeschwerden oder das Gefühl, es drehe sich der Magen (11)**

Schwitzen (heiss oder kalt)

Erröten oder Erbleichen

**Atemlosigkeit (nicht nach Anstrengung) (52)****Schmerzhaftes Atmen oder Hyperventilieren (52)****Müdigkeit oder Erschöpfung (38)****Koordinationsprobleme oder Gleichgewichtsstörungen (41)**

Lähmung oder lokalisierte Muskelschwäche

**Schwierigkeiten beim Schlucken oder Gefühl eines Kloss im Hals (24)**

Aphonie

**Harnverhalten (34)****Taubheit oder Prickeln in Armen und/oder Beinen (43)**

Anfälle

---

**Somatic Symptom Index (SSI-4/6)**

## Syntax FSS

RECODE i2 i3 i4 i5 i6 i7 i8 i11 i14 i15 i16 i17 i18 i19 i20 i21 i22 i23 i24 i29 i30 i31 i33 i34 i39 i42 i45 i48 i51 i52 (1 thru highest = 1) (lowest thru 1 = 0) INTO i2x i3x i4x i5x i6x i7x i8x i11x i14x i15x i16x i17x i18x i19x i20x i21x i23x i24x i29x i30x i31x i33x i34x i39x i42x i45x i48x i51x i52x.

COMPUTE leib = sum (i20, i21, i22, i23) >= 1.

COMPUTE schmerz = sum (i2, i3, i4, i5, i6, i11, i16, i17, i19) >= 1.

COMPUTE SSI-4 = sum (leib, schmerz, i7x, i8x, i14x, i15x, i18x, i24x, i29x, i30x, i31x, i33x, i34x, i39x, i42x, i45x, i48x, i51x, i52x) >= 4 & ixy = 1.

COMPUTE SSI-6 = sum (leib, schmerz, i7x, i8x, i14x, i15x, i18x, i24x, i29x, i30x, i31x, i33x, i34x, i39x, i42x, i45x, i48x, i51x, i52x) >= 6 & ixx = 2.

EXECUTE.

## Polysymptomatic Somatoform Disorder (PSD)

RECODE i2 i7 i8 i11 i18 i24 i29 i30 i31 i33 i34 i38 i39 i41 i43 i51 i52 (1 thru highest = 1) (lowest thru 1 = 0) INTO i1x i7x i8x i11x i18x i24x i29x i30x i31x i33x i34x i38x i41x i43x i51x i52x.

COMPUTE PSD = sum (i1x, i7x, i8x, i11x, i18x, i24x, i29x, i30x, i31x, i33x, i34x, i38x, i41x, i43x, i51x, i52x) >= 7.

EXECUTE.

## Tension-type headache

COMPUTE TTH = i1 >= 1 & ((i30 >= 1 & i46 = 0 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 >= 1 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 >= 1) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 = 0)) & i31 = 0 & i55 = 0 & i71 >= 2 .

EXECUTE.

DO IF (i1 >= 1 & ((i30 >= 1 & i46 = 0 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 >= 1 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 >= 1) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 = 0)) & i55 = 0 & i71 >= 2 & i31 >= 1 & FD >= 1).

RECODE

TTH (ELSE = 5).

END IF.

EXECUTE.

DO IF (WAD >= 1 & i1 >= 1 & ((i30 >= 1 & i46 = 0 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 >= 1 & i49 = 0) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 >= 1) | (i30 = 0 & i46 = 0 & i49 = 0)) & i31 = 0 & i55 = 0 & i71 >= 2)).

RECODE

TTH (ELSE = 10).

END IF.

EXECUTE.

## Globus und funktionelle Dysphagie

COMPUTE GH = (i25 >= 1 | i26 >= 1 | i27 >= 1) & i6 = 0 & i27 = 0 & i71 >= 3.

EXECUTE.

DO IF ((i25 >= 1 | i26 >= 1 | i27 >= 1) & i27 = 0) & i6 >= 1 & i71 >= 3 & CFS >= 1.

RECODE

GH (ELSE = 5).

END IF.

EXECUTE.

## Whiplash-associated disorders

COMPUTE WAD = i64 = 1 & ((i1 >= 1 | i2 >= 1) | (sum (i5, i8, i35, i36, i37, i38, i42, i43, i45, i48, i50, i59, i60, i61) > 3)) & i71 >= 3 & i71 < 6.

EXECUTE.

### **Temporomandibular disorders**

COMPUTE TMD = ((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 >= 1) | (i61 = 1 | i60 = 1) | (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0).

EXECUTE.

IF ((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 = 1) tmd\_dd = 1.

IF (i61 = 1 | i60 = 1) tmd\_dd = 2.

IF (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0) tmd\_dd = 3.

IF (((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 = 1) & (i61 = 1 | i60 = 1)) tmd\_dd = 4.

IF (((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 = 1) & (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0)) tmd\_dd = 4.

IF ((i61 = 1 | i60 = 1) & (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0)) tmd\_dd = 4.

IF (((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 = 1) & (i61 = 1 | i60 = 1) & (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0)) tmd\_dd = 4.

EXECUTE.

DO IF (((i3 >= 1 | i5 >= 1) & i53 = 1) | (i61 = 1 | i60 = 1) | (i5 >= 1 & i53 = 1 & i54 = 1 & i18 = 0) & (CFS >= 1 | MCS >= 1 | PMS >= 1 | PMDD >= 1)).

RECODE

TMD (ELSE = 5).

END IF.

EXECUTE.

### **Persistent idiopathic facial pain**

COMPUTE PIFP = (i3 >= 1 | i4 >= 1) & (i45 = 0 & i48 = 0 & i50 = 0).

EXECUTE.

DO IF ((i3 >= 1 | i4 >= 1) & ((i45 > 0 & (WAD > 0 | MCS > 0 | HVS > 0)) | (i48 > 0 & WAD > 0))).

RECODE

PIFP (ELSE = 5).

END IF.

EXECUTE.

### **Chronic low back pain**

COMPUTE CLBP = i8 >= 1 & i58 = 1 & (i54 = 1 | i59 = 1) & i71 >= 3 .

EXECUTE.

### **Fibromyalgia syndrome**

COMPUTE FM = i20 >= 1 & i21 >= 1 & i22 >= 1 & i23 >= 1 & (i2 >= 1 | i7 >= 1 | i8 >= 1) & i71 >= 2.

EXECUTE.

### **Chronic fatigue syndrome**

RECODE

i1 i6 i17 i18 i19

(1 thru highest = 1) (lowest thru 1 = 0) INTO cfs1kopf cfs2hals cfs3lymp cfs4gele  
cfs5musk.

EXECUTE.

COMPUTE cfs6geko = i39 >= 1 | i40 >= 1.

EXECUTE.

COMPUTE CFS = (i38 >= 1 & (i58 = 1 | i62 = 1 | i63 = 1) & (sum (cfs1kopf, cfs2hals, cfs3lymp, cfs4gele, cfs5musk, cfs6geko) >= 2) & i71 >= 3 & i71 < 6).

EXECUTE.

### **Multiple chemical sensitivity**

COMPUTE MCSkardi = i7 >= 1 | i51 >= 1.

EXECUTE.

COMPUTE MCSobgit = i12 >= 1 | i28 >= 1 | i29 >= 1 | i30 >= 1 | i31 >= 1.

EXECUTE.

COMPUTE MCSungit = i13 >= 1 | i32 >= 1 | i33 >= 1.



```

EXECUTE.
COMPUTE MCSres = i52 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSveget = i39 >= 1 | i40 >= 1 | i41 >= 1 | i42 >= 1 | i43 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSlymp = i17 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSgemus = i18 >= 1 | i19 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSmüdik = i37 >= 1 | i38 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSsenso = i44 >= 1 | i45 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCSkopfs = i1 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE MCS = i56 = 1 & (sum (mcskardi, mcsobgit, mcsungit, mcsres, mcsveget, mcslymp, mcsgemus,
mcsmüdik, mcssenso, mcskopfs) >= 2) & i71 >= 3 & i71 < 6.
EXECUTE.

```

#### **Irritable bowel syndrome**

```

COMPUTE IBS = i11 >= 1 & i33 >= 1 & i71 >= 3.
EXECUTE.

```

#### **Functional dyspepsia**

```

COMPUTE FD = (i12 >= 1 | i29 >= 1 | i30 >= 1) & i71 >= 3.
EXECUTE.
DO IF (MCS >= 1 & ((i12 >= 1 | i29 >= 1 | i30 >= 1) & i71 >= 3)).
RECODE
  FD (ELSE = 5).
END IF.
EXECUTE.

```

#### **Chronic abacterial prostatitis**

```

COMPUTE CAP = i14 >= 1 & (i15 >= 1 | i34 >= 1) & i71 >= 2.
EXECUTE.

```

#### **Chronic pelvic pain**

```

COMPUTE CPPf = i13 >= 1 & (sum (i10, i14, i15, i33, i34) >= 2) & i71 >= 3 & i57 = 0.
EXECUTE.
DO IF (i13 >= 1 & (sum (i10, i14, i15, i33, i34) >= 2) & i71 >= 3 ) & i57 > 0 & (PMS >= 1 | PMDD >= 1).
RECODE
  CPPf (ELSE = 5).
END IF.
EXECUTE.

```

#### **Premenstrual syndrome und premenstrual dysphoric disorder**

```

COMPUTE PMS = i57 >= 1 & sum (i16, i19, i29, i40, i1, i18) >= 1.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE PMDDkonz = i40 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE PMDDermü = i37 >= 1.
EXECUTE.
COMPUTE PMDDschl = i35 >= 1 | i36 >= 1.
EXECUTE.

```

COMPUTE PMDDkörper = i1 >= 1 | i16 >= 1 | i18 >= 1 | i19 >= 1 | i29 >= 1.  
EXECUTE.  
COMPUTE PMDD = i57 = 1 & (i58 = 1 | i62 = 1 | i63 = 1) & (sum (PMDDkonz, PMDDermü, PMDDschl, PMDDkörper) >= 2).  
EXECUTE.

#### **Functional chest pain (of presumed esophageal origin)**

COMPUTE FCP = i7 >= 1 & i71 >= 3.  
EXECUTE.  
DO IF (MCS >= 1 & (i7 >= 1 & i71 >= 3)).  
RECODE  
    FCP (ELSE = 5).  
END IF.  
EXECUTE.

#### **Hyperventilation syndrome**

COMPUTE HVS = i4 >= 1 | i7 >= 1 | i29 >= 1 | i42 >= 1 | i43 >= 1 | i45 >= 1 | i51 >= 1 | i52 >= 1.  
EXECUTE.  
DO IF (MCS >= 1 & (i4 >= 1 | i7 >= 1 | i29 >= 1 | i42 >= 1 | i43 >= 1 | i45 >= 1 | i51 >= 1 | i52 >= 1)).  
RECODE  
    HVS (ELSE = 5).  
END IF.  
EXECUTE.

#### **Somatisierungsstörung (F45.0)**

RECODE i7 i11 i13 i14 i18 i19 i29 i30 i31 i33 i34 i43 i51 i52 (1 thru highest = 1) (lowest thru 1 = 0) INTO i7x i11x i13x i14x i18x i19x i29x i30x i31x i33x i34x i43x i51x i52x.  
COMPUTE F45.0 = sum (i7x, i11x, i13x, i14x, i18x, i19x, i29x, i30x, i31x, i33x, i34x, i43x, i51x, i52x) >= 6 & sum (i58, i62, i63) >= 1 & i71 >= 5.  
EXECUTE.

#### **Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)**

COMPUTE F45.3 = sum (i14, i15, i28, i29, i30, i31, i33, i34, i51, i52) >= 1.  
EXECUTE.

#### **Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)**

RECODE i1 i2 i3 i4 i5 i6 i7 i8 i9 i10 i11 i12 i13 i14 i15 i16 i17 i18 i19 i20 i21 i22 i23 (2 thru highest = 1) (lowest thru 2 = 0) INTO i1y i2y i3y i4y i5y i6y i7y i8y i9y i10y i11y i12y i13y i14y i15y i16y i17y i18y i19y i20y i21y i22y i23y.  
COMPUTE F45.4 = sum (i1y, i2y, i3y, i4y, i5y, i6y, i7y, i8y, i9y, i10y, i11y, i12y, i13y, i14y, i15y, i16y, i17y, i18y, i19y, i20y, i21y, i22y, i23y) >= 1.  
EXECUTE.

#### **Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)**

COMPUTE F45.8 = sum (i25, i26, i27) >= 1.  
EXECUTE.

#### **Neurasthenie (F48.0)**

COMPUTE F48.0 = sum (i19, i37, i38, i40) >= 1 & i1 >= 1 & i42 >= 1 & (i35 >= 1 | i36 >= 1).  
EXECUTE.

#### **Somatisierungsstörung (300.81)**

RECODE i1 i2 i3 i4 i5 i6 i7 i8 i11 i14 i15 i16 i17 i18 i19 i20 i21 i22 i23 i29 i30 i31 i33 (1 thru highest = 1) (lowest thru 1 = 0) INTO i1x i2x i3x i4x i5x i6x i7x i8x i11x i14x i15x i16x i17x i18x i19x i20x i21x i22x i23x i29x i30x i31x i33x.

COMPUTE 300.81 = sum (i1x, i2x, i3x, i4x, i5x, i6x, i7x, i8x, i11x, i14x, i15x, i16x, i17x, i18x, i19x, i20x, i21x, i22x, i23x) >= 4 & sum (i29x, i30x, i31x, i33x) >= 2 & sum (i25, i26, i39, i40, i41, i42, i43, i44, i45, i47, i48, i50) >= 1 & sum (i58, i62, i63) >= 1 & i71 >= 5.  
EXECUTE.

**Undifferenzierte somatoforme Störung (300.82)**

COMPUTE 300.82 = sum (i14a, i15a, i29a, i30a, i31a, i33a, i34a, i35a, i36a, i37a, i38a) >= 1 & sum (i58, i62, i63) >= 1 & i71 >= 3.  
EXECUTE.

**Schmerzstörung (307.80/89)**

RECODE i1 i2 i3 i4 i5 i6 i7 i8 i9 i10 i11 i12 i13 i14 i15 i16 i17 i18 i19 i20 i21 i22 i23 (2 thru highest = 1) (lowest thru 2 = 0) INTO i1y i2y i3y i4y i5y i6y i7y i8y i9y i10y i11y i12y i13y i14y i15y i16y i17y i18y i19y i20y i21y i22y i23y.

COMPUTE 307.80/89 = sum (i1y, i2y, i3y, i4y, i5y, i6y, i7y, i8y, i9y, i10y, i11y, i12y, i13y, i14y, i15y, i16y, i17y, i18y, i19y, i20y, i21y, i22y, i23y) >= 1 & sum (i58, i62, i63) >= 1.  
EXECUTE.